

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1906-1907. — N° 77.

DES INDICATIONS OPÉRATOIRES
DANS LES
CHOLÉCYSTITES AIGUES
AU COURS
DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE
OU DANS LA CONVALESCENCE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 9 Janvier 1907

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis UFFERTE

Né le 20 Mai 1883, à Cax (Haute-Garonne).

Élève à l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Janvier 1907

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1906-1907. — N° 77.

DES INDICATIONS OPÉRATOIRES

DANS LES

CHOLÉCYSTITES AIGÜES

AU COURS

DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

OU DANS LA CONVALESCENCE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 9 Janvier 1907

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis UFFERTE

Né le 20 Mai 1883, à Cox (Haute-Garonne).

Élève à l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

A. REY & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Janvier 1907

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

DOYEN HONORAIRE : M. LORTET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU AUGAGNEUR, MONOYER

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. LÉPINE
Cliniques chirurgicales	BONDET
Clinique obstétricale et Accouchements.	BARD
Clinique ophtalmologique	PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JABOULAY
Clinique des maladies mentales	FABRE
Clinique des maladies des enfants.	ROLLET
Clinique des maladies des femmes.	NICOLAS
Physique médicale	PIERRET
Chimie médicale et pharmaceutique.	WEILL
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A)
Matière médicale et Botanique	X.
Parasitologie	HUGOUNENQ
Anatomie.	CAZENEUVE
Anatomie générale et Histologie.	BEAUVISAGE,
Physiologie	GUIART.
Pathologie interne	TESTUT
Pathologie et Thérapeutique générales.	RENAUT
Anatomie pathologique	MORAT
Médecine opératoire.	TEISSIER
Médecine expérimentale et comparée.	MAYET
Médecine légale	TRIPIER
Hygiène	POLLOSSON (M)
Thérapeutique	ARLOING
Pharmacologie.	LACASSAGNE
	COURMONT (J.)
	SOULIER
	FLORENCE

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire M. DOYON

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Pathologie externe	MM. VALLAS <i>agrégé</i>
Maladies des voies urinaires.	ROCHET, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, —
Propédeutique médicale.	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	BÉRARD —
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Hygiène administrative	ROUX, —
Thérapeutique générale	COLLET —
Accouchements	COMMANDEUR —
Matière médicale.	MOREAU —
Embryologie	REGAUD —
Anatomie topographique.	ANCEL —

AGRÉGÉS

M M	MM.	MM.	MM.
ROUX	SAMBUC	REGAUD	NEVEU-LEMAIRE
BARRAL	BORDIER	CAUSSE,	PATEL
PIC	COURMONT (P.)	ANCEL	J. LÉPINE Ch. .
PAVIOT	CHATIN	COMMANDEUR	PLAUCHU Ch...
NOVÉ-JOSSERAND	VILLARD	GAYET	
BÉRARD	TIXIER	MOREL	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROLLET, *Président* ; NOVÉ-JOSSERAND, *Assesseur* ;

MM. GAYET et PATEL, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MES MAITRES CIVILS ET MILITAIRES

A Mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET

Professeur de clinique ophtalmologique,
Chirurgien des Hôpitaux.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PATEL

AVANT-PROPOS

L'idée première de ce travail revient à M. le professeur agrégé Patel. Au mois de Juillet 1905, il eut l'occasion d'opérer une malade atteinte d'une cholécystite qui s'était manifestée au cours d'une fièvre typhoïde. Cette femme guérit parfaitement.

Nombre de médecins admettent qu'il faut s'abstenir de toute intervention opératoire dans les cholécystites venant compliquer la dothiéntérie. L'observation précédente a paru assez nette pour être signalée, et, à ce propos, il a semblé qu'il pourrait être intéressant de grouper des cas analogues et de rechercher la thérapeutique susceptible de donner les meilleurs résultats en pareille circonstance.

M. Patel a bien voulu nous confier ce travail. Il nous a fourni les premiers matériaux et nous a donné des indications précieuses. Il nous a toujours accueilli avec la plus grande bienveillance, et il ne nous a jamais ménagé ses conseils. Qu'il daigne agréer l'expression de notre respectueuse sympathie en même temps que nos remerciements.

M. le professeur agrégé Devic nous a autorisé très

complaisamment à prendre connaissance d'une observation recueillie dans son service à l'hôpital de la Croix-Rousse. M. le docteur Brisson, chef de clinique médicale, a eu l'obligeance de nous communiquer aussi l'histoire d'une malade qu'il avait soignée dans le service du Professeur Bondet. Ces documents inédits augmenteront peut-être l'intérêt de ce travail. Nous prions ceux qui nous les ont fournis de croire à notre vive gratitude.

Enfin, M. le professeur Rollet a consenti à présider notre jury de thèse. C'est un honneur auquel nous sommes très sensible et dont nous lui sommes profondément reconnaissant.

L. U.

DES INDICATIONS OPÉRATOIRES
DANS
LES CHOLÉCYSTITES AIGÜES
AU COURS
DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE
OU DANS LA CONVALESCENCE

CHAPITRE PREMIER

**APERÇU GÉNÉRAL SUR LES CHOLÉCYSTITES
TYPHIQUES ET ÉBERTHIENNES**

La fièvre typhoïde peut se compliquer d'infections portant sur l'appareil biliaire et en particulier sur la vésicule. Ce rapport de certaines cholécystites avec la dothiéntérie a déjà été signalé à maintes reprises par les cliniciens. Hunter avait déjà attiré l'attention sur ce point, et l'on voit au musée des chirurgiens de Londres une pièce se rapportant à un cas de cholécystite avec perforation dans la fièvre typhoïde, qu'il a préparée et étiquetée de sa main. Depuis, les observations se sont multipliées, et, en 1876, Hagenmüller pouvait en rassembler 18 dans sa thèse. Il en a été publié de nouvelles dans la suite. Qu'il nous suffise de citer celles qui ont été rapportées par : Legendre (1881), Barbe (1884), Lafon (1889), Schlier (1891), (Chiari 1893),

Longuet (1896), Rokitski (1899), Parmentier et Fossard (1900), Pujebet (1903), Joyon (1904), Landrieux et Blondin (1905), Lejars (1906) et tout dernièrement par Khautz (1906) et Vedel et Rimbaud (1906).

Les cliniciens et les anatomo-pathologistes ont donc démontré l'existence de cette complication. Ils ont recherché, en outre, quelle en était la fréquence. D'après Dopfer, on la verrait 0,2 fois pour 100 typhiques¹; d'après Hoelscher, on la trouverait 5 fois sur 2000 (0,5 p. 100)². Mais Louis, qui rechercha systématiquement les lésions de la bile et de son appareil excréteur au cours de la fièvre typhoïde, constata 3 fois la cholécystite suppurée sur 50 sujets morts de dothiéntérie (6 p. 100)³.

L'expérimentation est venue confirmer les résultats de l'expérience clinique. En 1893, Gilbert et Dominici injectent des *cultures de bacille d'Eberth* dans le canal cholédoque du lapin et provoquent ainsi la production d'angiocholites et de cholécystites caractérisées⁴.

Il ne faudrait pas croire que le bacille d'Eberth soit le seul à pouvoir provoquer des accidents du côté de la vésicule au cours de la dothiéntérie. Des analyses

¹ Dopfer. Ueber die Complicationen des lethalen Abdominal typhus (*Munchener medicinische Wochenschrift*, p. 620 et 635, 1888).

² Hoelscher, Ueber die Complicationen bei 2.000 Fällen bei lethalen Abdominal-typhus (*Munchener medicinische Wochenschrift*, nos 3 et 4, 1891).

³ Louis, *Recherches sur la gastro-entérite* (fièvre typhoïde), Paris, 1841, Baillière, I, p. 281.

⁴ Gilbert et Dominici, *Bull. Soc. biologie*, 23 décembre, 1893.

bactériologiques ont fait voir que divers micro-organismes pouvaient intervenir. Sans doute, Gilbert et Girode ont découvert dans du pus de cholécyste typhoïde le *bacille d'Eberth*¹.

Mais Dupré montre que, pendant le cours d'une dothiéntérie, peut se produire une infection monobactérienne ne relevant pas de l'agent pathogène spécifique de la fièvre typhoïde, mais du *bactérium coli commune* qui s'en rapproche².

Malvoz fait des constatations identiques pour le *streptocoque*³.

Plusieurs microbes peuvent donc être incriminés.

Inversement, dans certains cholécystes enflammés, on peut constater la présence du bacille typhique, et cependant il est impossible de dire à la suite de quel processus ce microbe s'est introduit dans les voies biliaires : on ne trouve pas de fièvre typhoïde dans les antécédents ou, en tout cas, aucun symptôme n'a permis de penser à cette maladie et d'en faire le diagnostic. Des observations de ce genre ont été rapportées par Longuet⁴, Cushing⁵, Richardson⁶, Rispal⁷.

Nous désignerons sous le nom de *cholécystites éberthiennes* ces inflammations se manifestant *en dehors de toute fièvre typhoïde* mais où l'on pourra trouver

¹ Gilbert et Girode. Contribution à l'étude bactériologique des voies biliaires (*Bull. Soc. biologie*, 27 décembre 1890).

² Dupré, *les Infections biliaires* (th. Paris, 1890-1891).

³ Malvoz, Soc. de méd. et chir. de Liège, 1890.

⁴ Longuet, *Gazette des hôpitaux*, p. 1325, 1894).

⁵ Cushing, *Bull. of the Johns Hopkins Hosp.*, mai 1898.

⁶ Richardson, *Boston med. and surg. Journal*, p. 498, 1899.

⁷ Rispal, *Arch. de médecine*, VIII, 73-79, Toulouse, 1902.

du bacille d'Eberth dans la vésicule. Nous réserverons, au contraire, la dénomination de *cholécystites typhiques* proprement dites aux cas où des *microbes quelconques* profiteront de la dothiéntérie pour déterminer des phénomènes inflammatoires au niveau du cholécyste.

Anatomie pathologique.

Une fois que les microbes ont envahi la vésicule, quelles lésions y produisent-ils ?

Cholécystite catarrhale. — L'épithélium, puis le tissu conjonctif se modifient :

Un examen fait à ce moment permet, en effet, de faire les constatations suivantes :

Macroscopiquement la muqueuse est rouge, tuméfiée, œdématiée. On voit, sur certains points de sa surface, un piqueté hémorragique.

Les villosités sont hypertrophiées ; les plis saillants et il y a hypersécrétion de mucus.

Microscopiquement. — Les cellules de l'épithélium sont tuméfiées, dégénérées, desquamées.

Dans la couche sous-jacente, le tissu conjonctif est infiltré d'éléments cellulaires ronds et fusiformes qui épaississent la paroi.

Cholécystite purulente. — Lorsque les lésions sont arrivées à ce degré, tout peut encore rentrer dans l'ordre si la réaction est assez intense.

Mais, dans d'autres cas, le processus de défense n'est pas suffisant, et la suppuration apparaît.

Lésions visibles à l'œil nu. — A ce stade, la vésicule apparaît tantôt augmentée de volume, tantôt ratatinée. A l'intérieur, des cloisons délimitent des loges secondaires. On trouve du pus en plus ou moins grande abondance et quelquefois aussi des calculs. (Signalons, en passant, que ces calculs peuvent s'être formés avant la fièvre typhoïde. L'existence de coliques hépatiques dans les antécédents de certains de nos malades permet de faire cette hypothèse.)

De plus, fréquemment, sur des points quelconques, mais le plus souvent vers le fond, existent de nombreuses ulcérations. Sur la muqueuse hyperémiée se sont formées des escarres : elles se sont détachées et ont laissé des érosions plus ou moins profondes caractérisées par ce fait qu'elles sont taillées à pic.

Quelquefois on a trouvé des abcès enkystés dans la paroi vésiculaire.

Ces abcès, de même que les ulcérations, peuvent s'ouvrir dans le péritoine et faire ainsi une perforation. Une perte de substance analogue se produit peut-être aussi quelquefois consécutivement à l'infiltration et à la nécrose des éléments lymphoïdes de la vésicule par un mécanisme analogue à ce qui se produit dans l'intestin au niveau des plaques de Peyer ¹.

Lésions microscopiques. — La muqueuse est complètement désorganisée : les éléments épithéliaux et glandulaires sont détruits ; le derme et les couches

¹ Ce processus est admis par Pujebet (th. de Lille, 1902-1903) et il cite à l'appui de sa théorie une observation que nous rapportons nous-même (obs. XX).

sous-jacentes sont infiltrés par d'abondantes cellules rondes. On voit de petits abcès. Les vaisseaux sont dilatés, et, en certains points, on peut observer des hémorragies.

Lésions de voisinage. — L'inflammation peut ne pas rester cantonnée exclusivement à la vésicule ; les tissus voisins peuvent être atteints. Il peut y avoir des adhérences avec les organes avoisinants. L'inflammation s'est propagée et a donné lieu à de la péri-cholécystite. Le péritoine peut être atteint sur une étendue relativement considérable soit à la suite d'une perforation, soit par simple propagation, et l'on peut observer quelquefois, en même temps que la cholécystite, de la péritonite aiguë.

Il existe une différence énorme entre la gravité de ces dernières lésions et celle de la cholécystite catarrhale simple. Il y a entre ces deux termes extrêmes toute une série d'intermédiaires, et nous pouvons dès lors prévoir la diversité de formes que pourront présenter les cholécystites typhiques dans leur symptomatologie et dans leur évolution.

Dans une communication faite à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris¹ et sur laquelle nous aurons à revenir plus loin, MM. Parmentier et Fossard pouvaient distinguer :

1^o Des *cholécystites suppurées ou catarrhales ou*

¹ Parmentier et Fossard, Société médicale des hôpitaux de Paris, 25 juin 1900.

atténuées. — Celles-ci sont souvent difficiles à étudier à cause de l'insuffisance des signes cliniques. Quelques-unes ont vraisemblablement une évolution rapide¹.

2° Des *cholécystites suppurées* ; plus graves. — Parmi celles-ci, les unes se révèlent au clinicien par des troubles nets du côté du foie ou de la vésicule ; d'autres, au contraire, restent latentes ; rien ne vient aiguiller du côté de l'appareil biliaire. On ne soupçonne pas que la vésicule soit atteinte, et les lésions de ce réservoir ont été dans plus d'un cas de véritables trouvailles d'autopsie.

Se plaçant au point de vue non plus de la symptomatologie, mais de l'évolution. Lejars², dans un récent article, admet que l'évolution des cholécystites aiguës peut présenter une allure plus ou moins rapide et, après avoir mis de côté les cholécystites atténuées, il fait une différence bien nette entre :

1° L'*empyème* de la vésicule ;

2° La cholécystite *nécrosante et perforante d'emblée*.

A ce dernier type, appartient probablement le cas rapporté par Chiari (obs. XXIV) où le collapsus apparaît d'emblée, sans avoir été précédé d'aucun autre signe abdominal et où la mort survient quatre jours seulement après le début des accidents abdominaux.

Quant à l'empyème de la vésicule, il peut encore y avoir des degrés : à côté des cas lents à développement

¹ Hecquet, *des Accidents hépatiques dans la fièvre typhoïde* (th. Paris, 1901-1902).

² Lejars, *Semaine médicale*, 27 juin 1906.

insidieux et dont la durée peut être longue (Gilbert et Girode : cinq mois¹. — Dupré : huit mois². — Dauriac : six ans³), on rencontre des cas suraigus se terminant par la mort en quelques jours.

Selon les auteurs, les microbes pyogènes, staphylocoques, streptocoques, détermineraient des angiocholécystites à évolution lente; au colibacille et au bacille d'Eberth seraient dues, au contraire, des angiocholécystites à évolution aiguë ou suraiguë⁴.

Quoi qu'il en soit, on peut classer de la façon suivante les cholécystites affectant des rapports avec la fièvre typhoïde ou son agent pathogène, le bacille d'Eberth :

<i>Cholécystites.</i>	1°	<i>éberthiennes extra-typhiques.</i>		
		2°	<i>typhiques prop¹ dites.</i>	non suppurées ou catarrhales.
				empyème de la vésicule.
				à évolution lente, aigu ou suraigu.
			plus graves	cholécystites nécrosantes ou perforantes d'emblée.

Ces cholécystites peuvent apparaître à une période plus ou moins avancée de la dothiéntérie. Elles peuvent quelquefois faire partie du complexe symptomatique du début. Tel est par exemple le cas publié récemment par Vedel et Rimbaud (v. obs. XXVII).

¹ Gilbert et Girode, *Bull. de la Soc. de biologie*, 2 décembre 1893.

² Observation IX de sa thèse.

³ Observation I de sa thèse.

⁴ Hecquet, th., Paris, p. 40, 1901-1902.

Dans ce travail, nous laisserons systématiquement de côté les accidents qui peuvent se produire dans l'appareil collecteur de la bile à longue échéance après guérison complète de la fièvre typhoïde.

De ce fait, nous n'aurons pas à nous occuper de certains empyèmes à évolution lente. Dans ces derniers, en effet, lorsque la suppuration arrive à provoquer des troubles, c'est dans les mêmes conditions que pour les cholécystites primitives. Les commémoratifs seuls permettent de faire la différence entre les deux. La conduite à tenir devra être la même que dans les cholécystites banales indépendantes de toute maladie infectieuse (en apparence tout au moins). Les considérations que nous exposerons plus loin ne s'appliqueront pas à ces cas.

La même remarque peut être faite pour les cholécystites éberthiennes apparues chez des sujets exempts de dothiéntérie. Ici encore, similitude parfaite avec les cholécystites primitives, banales, soit au point de vue clinique, soit au point de vue thérapeutique.

Au cours de la fièvre typhoïde ou dans la convalescence, la question est plus complexe. Pendant longtemps, le traitement médical a été le seul préconisé. On se proposait :

- 1° *De calmer la douleur ;*
- 2° *D'empêcher la perforation ;*
- 3° *De limiter autant que possible la péritonite lorsque la perforation était apparue.*

Contre la douleur on administrait des opiacés, de la belladone, des anesthésiques ; localement, on faisait des applications chaudes ou glacées, on plaçait des

cataplasmes laudanisés, on recourait à des frictions opiacées, belladonnées, on posait des sinapismes, des ventouses sèches, des ventouses scarifiées, des sangsues.

Contre la perforation on faisait mettre les muscles abdominaux dans le relâchement et recommandait au malade d'éviter les mouvements brusques.

Contre l'extension de la péritonite on faisait prendre des préparations opiacées, on conseillait encore une fois la glace localement et soumettait le patient à l'immobilité absolue et prolongée.

Malgré l'observation rigoureuse de ces prescriptions, on ne parvenait pas toujours à limiter le processus infectieux et, en 1876, Hagenmüller se demandait déjà si l'évacuation du pus ne serait pas à recommander.

« Il y aurait peut-être lieu, disait-il, dans quelque cas spécial, dans le cas d'une vésicule très dilatée, très douloureuse, avec une fièvre très vive, de tenter une ponction capillaire de la vésicule. Frerichs a dû une guérison à cette méthode dans un cas de cholécystite non typhoïde, et il serait peut-être possible de l'imiter. »

Mais c'est seulement en 1896 que, pour la première fois, nous relevons dans la littérature médicale française une intervention pour cholécystite au cours de la fièvre typhoïde. Scheild et Williams Monnier, à la suite d'une erreur de diagnostic, font une laparotomie pour aller à la recherche d'une perforation intestinale et trouvent les lésions dans la vésicule biliaire. Ils procèdent au drainage de cette collection purulente et leur malade guérit. Cette observation publiée dans la *Lancet* de Londres, le 2 mars 1895, est rapportée l'année sui-

vante dans la thèse de Longuet, et l'on commence dès lors à admettre la légitimité d'une intervention chirurgicale en pareille circonstance.

Mais, au mois de juin 1900, à la Société médicale des Hôpitaux, Parmentier et Fossard enregistrent un insuccès opératoire chez un de leurs malades. Cette observation est pour eux l'occasion de signaler les dangers d'une telle méthode thérapeutique. Ils admettent que l'abstention peut se discuter en présence d'une cholécystite typhique et par suite que le traitement chirurgical n'est pas de rigueur. Au cours de la même séance, Vidal cite une observation analogue et considère comme très grave et presque imprudente une intervention en de pareilles circonstances.

Nous voudrions, dans les chapitres suivants, étudier en détail les arguments qui ont été donnés en faveur de l'abstention et rechercher ensuite dans quelle mesure il faut les accepter.

CHAPITRE II

LES ABSTENTIONNISTES

Certains auteurs, avons-nous dit, ont eu lieu de se défier des interventions chirurgicales dans les affections qui nous occupent. Nous ne saurions mieux faire, nous semble-t-il, pour exposer leur doctrine, que de citer en premier lieu l'observation qui a déterminé cette manière de voir chez MM. Parmentier et Fossard.

OBSERVATION I. — **Intervention. Mort.**

Cholécystite suppurée dans le cours de la fièvre typhoïde
(Parmentier et Fossard, *Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris*,
juin 1900.)

B... Eug., vingt-quatre ans, employé de commerce, entre le 1^{er} août à l'hôpital Beaujon au neuvième jour d'une dothiérientérie indiscutable. L'aspect du malade, sa prostration, la céphalée, l'insomnie, la diarrhée, l'hypertrophie de la rate, les taches rosées lenticulaires, la fièvre élevée, ne permettent pas d'hésiter un instant sur la nature de la maladie.

Forme intense : stupeur, narines pulvérulentes, lèvres tremblantes, dents fuligineuses, langue sèche et rôtie. T. = 40 degrés. Traitement par les bains froids.

Congestion broncho-pulmonaire, mais l'état général n'est

pas inquiétant. Néanmoins prostration toujours grande. Ventre un peu sensible au toucher, surtout à droite, sans être ballonné. Le malade se plaint d'une violente douleur dans l'épaule droite, sensiblement accrue par la pression dans l'aisselle. Il n'existe ni tuméfaction ni rougeur locale. Le lendemain, la douleur de l'épaule est encore plus violente que la veille, elle s'irradie dans le côté droit du thorax. Les mouvements du bras sont impossibles.

11 août (19^e jour). — La douleur de l'épaule a complètement disparu. Langue sèche. Ventre légèrement ballonné. En palpant l'abdomen, le malade accuse un point douloureux au niveau de l'angle formé par le rebord costal et le bord du muscle droit.

Foie un peu augmenté de volume (un travers de doigt environ).

Le lendemain, même état. Quelques nausées, mais pas de vomissements.

13 août (21^e jour). — Vomissements biliaires. A l'examen du ventre, on provoque bien la douleur au niveau de la vésicule biliaire, mais elle est plus diffuse : son maximum répond au milieu d'une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure.

Ni résistance, ni empâtement, mais défense musculaire.

Température = 37°6 le matin, 37°8 le soir.

Suppression des bains. Applications de glace sur le ventre.

Dans la nuit du 13 au 14 août, les vomissements deviennent plus abondants et sont porracés.

Le 14 août au matin le pouls est à 110. La température est à 39°6.

Le facies du malade est relativement peu altéré, mais le ventre est ballonné, la douleur est généralisée. Toutefois, il semble qu'à la pression elle siège au niveau du point de Mac Burney. Un chirurgien appelé décide d'urgence la laparotomie sous-ombilicale. Il ne trouve ni perforation intestinale ni lésion de l'appendice. On lui rappelle alors

que la douleur primitive siégeait au niveau de la vésicule et, en effet, il sent avec le doigt que celle-ci est distendue. Après avoir fermé la plaie sous-ombilicale, il fait une incision latérale à la hauteur de la vésicule. A son niveau, le péritoine est fortement congestionné et couvert de fausses membranes. A l'incision de la vésicule, s'échappe un flot de muco-pus liquide, épais, filant, grisâtre plutôt que jaunâtre. La poche est très distendue, le canal cystique très dilaté.

Le temps pressé, le malade est cyanosé, et son pouls très faible. Injection de sérum artificiel et caféine. Abouchement rapide de la vésicule à la paroi abdominale.

Après plusieurs péripéties, mort cinq jours après l'opération.

Autopsie. — Pas de liquide dans la cavité péritonéale. Sérouse intacte, sauf à la surface de la vésicule et dans la zone qui l'entoure immédiatement. Nombreuses plaques de Peyer ulcérées dans l'intestin. La vésicule n'est ni ulcérée ni perforée.

Pour ne rien leur enlever de leur valeur, nous croyons aussi devoir transcrire textuellement les réflexions que cette observation a suggérées à ses auteurs :

« Malgré un examen attentif, on peut rester hésitant entre une cholécystite ou une appendicite. Nous avons signalé plus haut que le maximum de la douleur correspondait d'abord à la vésicule biliaire, ensuite au point de Mac Burney.

... Quand on perçoit la tumeur piriforme formée par la vésicule, le diagnostic s'impose ; mais le tympanisme et la résistance musculaire empêchent bien souvent de la percevoir.

Enfin, le début des symptômes peut être tellement foudroyant qu'on peut croire à une péritonite par perfo-

ration. Le plus souvent, ce diagnostic a été réellement porté alors qu'il y avait simplement péritonite de voisinage autour d'une vésicule suppurée.

Cette incertitude de diagnostic se complique encore de la gravité de l'intervention opératoire chez les typhiques arrivés à l'acmé ou au déclin de leur maladie. Robert Morris a publié un cas de guérison, mais il s'agissait d'une cholécystite suppurée, précoce, prétyphique, pourrait-on dire, ce qui est tout à fait exceptionnel. La gravité des accidents et de l'acte opératoire est tout autre dans la grande majorité des cas, et l'on conçoit fort bien que des médecins prudents n'osent intervenir ».

Il faudrait donc éviter de recourir au traitement chirurgical : 1° à cause de la difficulté du diagnostic ; 2° à cause de la gravité de l'intervention.

Widal ajoute :

« Le diagnostic de la cholécystite chez des typhiques est souvent entouré des plus grandes difficultés. On peut la diagnostiquer alors qu'elle n'existe pas. Chez un de nos malades en pleine période de rechute de la fièvre typhoïde, l'apparition de douleurs violentes au niveau de la vésicule biliaire accompagnée de vomissements bilieux et la constatation d'une tuméfaction à ce niveau avaient fait penser à une cholécystite. Après quelques jours d'observation, ces symptômes persistant et l'état général du malade empirant, je me décidai *in extremis* à faire opérer la malade. La vésicule biliaire, aussi bien que les organes abdominaux, étaient sains. Il s'agissait, sans doute, dans ce cas, d'une tumeur fantôme due à la contraction des muscles abdominaux. La malade succomba quelques jours après l'opération. De tels cas doivent être publiés parce qu'ils nous enseignent non seulement combien est difficile le diagnostic en pareille occurrence, mais aussi ils nous apprennent combien est déli-

cate la détermination à prendre. Une opération abdominale chez un typhique est toujours extrêmement redoutable, trop souvent néfaste. Il importe de n'intervenir que lorsqu'après avoir tout pesé, on considère qu'il est absolument impossible de faire autrement. »

Donc, il peut encore se faire que le médecin croie la vésicule malade, alors qu'en réalité elle est saine, et cette erreur de diagnostic exposerait inutilement le malade à une opération dangereuse. Ce dernier auteur insiste à nouveau sur la gravité d'une intervention chez un typhique.

Ce n'était pas la première fois que des idées de ce genre étaient émises. En 1889, Lafon rapportait, dans le *Montpellier Médical*, 2 cas de cholécystite typhique non opérés. L'un des malades avait guéri par le traitement médical. Voici son histoire :

OBSERVATION II. — **Abstention. Guérison.**

Cholécystite typhoïde à la fin du deuxième septénaire. — Guérison. — (Lafon, Montpellier Médical, 1889.)

D..., soldat au 2^e génie, vingt et un ans, bonne santé habituelle, forte constitution, pas de maladies antérieures.

Début de la maladie actuelle le 13 août 1888 à la suite de fatigues de service et de manœuvres pénibles ; pas de courbature.

Le malade souffre d'une lassitude générale, de douleurs dans les reins. L'appétit a disparu ; sommeil agité, rêvaseries, cauchemars. En même temps, apparaît la diarrhée (5 à 6 selles liquides et jaunâtres par jour). Le malade entre

le 15 août à l'infirmerie, y prend, sans éprouver d'amélioration, un purgatif salin, et le 17 août est envoyé à l'hôpital.

17 août. — A l'entrée à l'hôpital, le malade n'éprouve pas de céphalée; la langue blanche et saburrale au milieu est rouge et dépouillée à la pointe et sur les bords. Le ventre est souple, sans gargouillements, la diarrhée légère. Soif ardente, anorexie. Température élevée; fièvre forte : 40 degrés.

18 août. — Même état. Lotions au nombre de trois par jour. Elles procurent au malade un bien-être immédiat, un soulagement considérable.

19 août. — La poitrine, l'épigastre et le creux sous-claviculaire lui-même sont recouverts d'une éruption considérable de taches rosées. Le pouls est à 92, fort et régulier. On continue les lotions. Le malade commence à prendre un peu de lait.

22 août. — Les taches rosées persistent. Le malade est affaibli. Le pouls est à 84, faible et dépressible. La fièvre se maintient toujours.

23 août. — Etat stationnaire. Deux bains d'une demi-heure à 16 degrés.

24 août. — La fièvre a diminué sous l'influence des bains. Le malade n'en prend qu'un. Il dit se trouver mieux et demande à manger. Toutefois le teint est terreux, et l'aspect général paraît peu brillant.

25 août. — Apyrexie. Le soir, le malade est pris de vomissements pendant lesquels il rejette du lait qu'il vient de prendre mêlé à une certaine quantité de mucus et de bile. Le pouls à ce moment est lent : 56 et fortement déprimé. Dans la nuit, se produisent de nouveaux vomissements verdâtres.

26 août. — Au moment de la visite, le malade présente une teinte fortement ictérique. Le pouls, à 50, est toujours faible. Par la percussion, on constate une légère augmentation de volume de la masse hépatique. La vésicule biliaire

dépasse le niveau inférieur du foie. Pas de douleurs ni à la pression, ni spontanées. Les urines, peu abondantes, sont rouges. L'analyse y dénote une quantité considérable d'albumine et des matières colorantes biliaires.

28 août. — La teinte ictérique du malade s'accroît encore. Les bourses et la partie interne des cuisses sont le siège d'escarres peu profondes. L'homme est dans un état d'affaissement et de prostration inquiétant. Le soir, se produit une nouvelle douleur pongitive dans le côté droit. Les selles sont teintées en jaune. Les urines rouges, d'une densité de 1,010, contiennent toujours de l'albumine, et donnent, par la réaction de Gmelin, un cercle peu accentué où domine le vert.

30 août. — La teinte ictérique du malade augmente encore. L'état général est toujours le même. Les selles très liquides sont fortement colorées en vert. L'urine dénote à l'examen une bien moins grande quantité d'albumine. Par la réaction de Gmelin, on obtient une vive et intense coloration verte et un cercle irisé.

5 septembre. — Amélioration notable quoique l'apyrexie ne soit pas encore complète. La teinte ictérique disparaît rapidement. Le malade est moins abattu, sent ses forces lui revenir, et commence à se nourrir avec plaisir. Les urines, rougeâtres et troubles, d'une densité de 1,010, ne contiennent plus que des traces d'albumine en même temps qu'une très faible quantité de matières colorantes biliaires.

6 septembre. — 1 gramme de quinine est donné pour combattre une légère élévation vespérale de la température. Le pouls est encore faible et lent : 56 le matin, 64 le soir.

Le pouls se maintient pendant deux jours encore au même degré. Pourtant le malade reprend rapidement ses forces. Toute teinte ictérique a complètement disparu.

A partir du 10, il commence à se lever et entre définitivement en convalescence.

Lafon termine son article par les conclusions suivantes :

« Quelle serait la conduite à tenir en pareil cas ? La chirurgie ne peut nullement nous aider ; tenter une opération comme la cholécystotomie sur un malade que l'on saurait être porteur de calculs serait impossible. Outre que la lésion peut siéger en des points essentiellement variables de l'appareil collecteur de la bile, il serait bien difficile d'établir une protection efficace contre l'épanchement biliaire et, de plus, toute intervention chirurgicale se compliquerait d'un choc traumatique forcément terrible étant données les mauvaises conditions vitales du sujet.

La seule indication consiste à favoriser la formation de fausses membranes qui puissent prévenir ou enkyster un épanchement. Ce but ne peut guère être atteint que par un traitement médical... On luttera contre la péritonite et non contre la perforation souvent même sans aucun succès, car on se trouvera dans une période trop avancée de l'évolution ».

Il faut donc ajouter aux motifs invoqués par les auteurs précédents : 1° l'absence de signes précis permettant d'aller chercher la lésion en tel ou tel point de la vésicule ; 2° les dangers de généralisation de l'infection au péritoine.

Enfin, en 1904, dans sa thèse, où il relate cependant des guérisons dues à la thérapeutique chirurgicale, Joyon fait aussi quelques réserves sur les résultats que l'on pourra obtenir. Il s'exprime ainsi :

« Dans le pronostic des angiocholécystites, doit entrer en ligne de compte l'époque à laquelle apparaissent ces affections. Survenant au troisième ou quatrième septénaire de la dothiéntérie, elles évolueront sur un sujet épuisé par la

maladie et présentant peu de résistance : on conçoit la gravité d'une intervention dans ces conditions. »

En somme, les raisons qui pourront faire hésiter un opérateur sont les suivantes ;

1^o *Difficultés de diagnostic des cholécystites. Confusion possible avec : a) une appendicite ; b) une péritonite par perforation.*

2^o *Difficulté de la localisation des lésions dans la vésicule elle-même ;*

3^o *Difficulté de protection du péritoine ;*

4^o *Difficulté pour un typhique de résister au shock opératoire.*

Ces arguments méritent d'être pris en considération.

On a bien le droit, en effet, chez un typhique d'envisager la possibilité d'une appendicite. Cette complication se voit au cours de la dothiéntérie. En 1896, Dieulafoy ¹ l'a étudié dans une communication à l'Académie de médecine, et, en 1899, Coulomb ² a fait une thèse sur ce sujet. — Sur 233 autopsies de typhiques, Hoffmann ³ a constaté 47 fois l'altération du cæcum ou de l'appendice ; d'après Rolleston ⁴, la fréquence serait encore plus considérable, et on pourrait constater des

¹ Dieulafoy. De l'intervention chirurgicale dans les péritonites de la fièvre typhoïde (*Bull. Acad. de médecine*, p. 475, t. XXXVI).

² Coulomb, *les Lésions de l'appendice dans la fièvre typhoïde* (th. Paris, 1899-1900).

³ Chantemesse, in *Traité de médecine* (Bouchard et Brissaud) II, p. 122.

⁴ Rolleston, *Clin. Society of London*, 13 mai 1898.

lésions d'appendicite dans le quart des cas observés. Elles ne sont donc pas une rareté.

Ce diagnostic d'appendicite pourra paraître rationnel devant certaines cholécystites, et l'observation de Jacob, que nous rapportons plus loin, a été tout d'abord publiée dans une thèse sur l'appendicite (obs. XXV).

La confusion peut quelquefois être facilitée. La vésicule biliaire peut être ectopiée. Ainsi, dans ses recherches sur les rapports de la vésicule, Siraud¹ a constaté deux fois l'abaissement extrême du cystique jusqu'au niveau de la fosse iliaque droite indépendamment de tout déplacement du foie lui-même. Dans une observation de cholécystite, rapportée par Adenot² et dans une autre de Terrier³, la vésicule descendait jusque dans la fosse iliaque droite. Dans ces circonstances, le maximum de la douleur pouvait bien siéger au point de Mac Burney.

D'autre part, à la suite d'une perforation de la vésicule biliaire, on peut trouver au niveau du cæcum un épanchement plus abondant qui simulera une appendicite. Weir⁴ rapporte trois cas dans lesquels les liquides septiques avaient suivi le côlon descendant et

¹ Siraud, Note sur l'anatomie de la vésicule biliaire (*Lyon médical*, 1895).

² Adenot. La cholécystite à forme d'appendicite (*Lyon médical*, 17 et 24 février 1901).

³ Terrier. Inflammation et dilatation de la vésicule avec calculs biliaires prises pour une inflammation du cæcum et de l'appendice (*Gazette hebdomadaire*, p. 603, 1895).

⁴ Weir, Société des praticiens de New-York, décembre 1891.

déterminé une tumeur au point précis où siège l'abcès appendiculaire.

Inversement, on peut voir, dans des cas de foie appendiculaire, la douleur siéger à l'hypocondre droit. Le point de départ de l'inflammation réside bien dans l'appendice, mais il peut y avoir eu consécutivement pyléphlébite, puis hépatite suppurée, mais avec vésicule saine. Ces localisations multiples peuvent égarer le diagnostic ¹.

La confusion avec la péritonite par perforation peut également s'expliquer. De même que l'appendicite, cet accident se voit dans la dothiéntérie plus fréquemment que la cholécystite. Murchison a réuni à ce sujet des statistiques, qui donnent pour les hôpitaux anglais une proportion de 80 perforations sur 412 autopsies (19 p. 100) et pour les hôpitaux français ou allemands la proportion de 116 perforations sur 1300 autopsies. (10 p. 100) ².

Or, si les perforations intestinales siègent de préférence sur le cæcum et l'iléon, elles peuvent aussi, dans certains cas exceptionnels, se produire sur le duodénum, le jéjunum, le colon et même le rectum. Lorsqu'elles intéresseront le duodénum ou le colon au voisinage de la vésicule, on pourra bien quelquefois se demander si ce n'est pas celle-ci qui est atteinte et a été le point de départ des accidents et réciproquement. Scheild et Wil-

¹ Dieulafoy, *Path. int.*, t. IV, p. 136.

Lannois. Pyléphlébite et abcès du foie consécutif à la fièvre typhoïde (*Revue de médecine*, p. 909, 1895).

² Dieulafoy, *Path. int.*, p. 118, t. IV.

liams Monnier (obs. XXVIII) avaient fait cette erreur de diagnostic. Lejars (obs. XXXII), Erdmann (obs. XXXIII) l'avaient également commise.

Alors même qu'on aura localisé l'inflammation dans la vésicule, il sera très souvent difficile de serrer la question de plus près et de déterminer quel est le point précis qui est malade. Généralement, en effet, cet organe est presque entièrement recouvert par le foie ; la cholécystite s'accompagne de péricholécystite. Un examen très détaillé sera donc très délicat, le plus souvent même impossible.

Il est également vrai qu'on peut, comme on l'a dit, infecter le péritoine : les manœuvres du chirurgien, pour prudentes qu'elles soient, peuvent rompre les barrières naturelles qui s'étaient formées et limitaient l'extension du pus. L'intervention peut aussi prendre une gravité exceptionnelle si on n'a pas eu soin de faire au préalable la stérilisation du milieu dans lequel on opère et si l'on se retrouve dans les mêmes conditions qu'à la période préantiseptique. On comprend qu'alors le remède puisse être pire que le mal.

Enfin, le typhique paraît évidemment *a priori* un mauvais terrain au point de vue chirurgical. Tout son organisme a été débilité par une maladie souvent longue. Le système nerveux est en état de méiopragie comme le montre l'abattement, le τυφος, qui est l'un des caractères dominants de cette affection et l'on peut se demander s'il sera capable de réagir d'une façon suffisante contre le traumatisme chirurgical. En outre, dans certains cas, il y a en même temps des lésions broncho-pulmonaires qui peuvent entraîner certains

accidents au cours d'une anesthésie à l'éther. Le cœur est souvent atteint de myocardite, et une anesthésie au chloroforme peut aussi présenter ses dangers.

D'autre part, on a pu obtenir des guérisons par le simple traitement médical. Les observations suivantes en font foi.

OBSERVATION III. — **Abstention. Guérison.**

Cholécystite typhoïde au troisième septénaire.
(Frerichs, *in th.* Hagenmüller.)

Femme de seize ans, ayant précédemment éprouvé des troubles menstruels, mais jamais de symptômes d'affection du foie. Entrée à l'hôpital au neuvième jour d'une fièvre typhoïde ; au treizième jour, il survient brusquement des vomissements de matières bilieuses, qui se renouvelèrent le lendemain. Le quinzième jour, on observa une tumeur très douloureuse dans l'hypocondre droit ; elle était très résistante, facile à limiter en bas et sur les côtés, tandis qu'en haut le toucher faisait reconnaître qu'elle se continuait immédiatement avec le foie. Elle était piriforme et s'étendait du bord externe du muscle droit au milieu de l'espace qui sépare la ligne axillaire de la verticale du mamelon. La percussion de la tumeur donnait un son tympanique sourd qui passait graduellement en haut au son mat du foie. La matité hépatique mesurait 4 pouces trois quart sur la ligne axillaire, 6 sur la verticale du mamelon. 6 pouces un quart sur la ligne présternale. La tuméfaction énorme de la rate ne permettait pas d'établir la limite gauche du foie. On applique six sangsues et ensuite des cataplasmes. Les vomissements cessèrent très rapidement ; la tumeur perdit de sa sensibilité, la tension des parois abdominales diminua, et il n'y eut pas de signes de stase

biliaire. La résistance de la tumeur diminua graduellement; aussi ses limites devinrent moins facilement appréciables à la palpation et à la percussion. La matité hépatique diminua aussi.

Cependant la fièvre typhoïde avait parcouru ses phases sans autre complication. Les fonctions intestinales se régularisèrent, la fièvre disparut, et la malade entra en convalescence dans un état d'anémie très prononcée. On continuait cependant à sentir la tumeur formée par la vésicule. Mais un peu plus petite et moins sensible au toucher.

OBSERVATION IV. — **Abstention. Guérison.**

Cholécystite typhoïde au quatrième septénaire. Consécutivement, intumescence intermittente de la vésicule (Leudet, in th. Hagenmüller).

J... Marie, trente-six ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Rouen à la fin du troisième septénaire d'une fièvre typhoïde légère. Somnolence. Météorisme. Un peu de diarrhée. L'état reste le même jusqu'à la fin décembre.

1^{er} janvier 1857. — La malade accuse quelques douleurs légères, comme un sentiment de tension à l'épigastre et à l'hypocondre droit. On constate au niveau de la vésicule biliaire une tumeur piriforme à grand diamètre dirigée de haut en bas et dépassant de 7 centimètres le rebord des fausses côtes. Dans cette tumeur, qui est un peu sensible au toucher, on ne distingue aucun frôlement. Pas de distension du côlon transverse. Aucune teinte ictérique de la peau. Les urines pâles ne renferment pas de matières colorantes de la bile.

3 janvier. — La tumeur formée par la vésicule a un peu augmenté de volume; la face est altérée; le ventre un peu météorisé.

9 janvier. — La malade s'aperçoit dans la soirée que la

tumeur a disparu; l'examen, pratiqué le 10, fait reconnaître une diminution marquée du volume de la tumeur, qui est réduite au moins des deux tiers. Cette diminution s'est effectuée sans avoir provoqué de vives douleurs et sans avoir rendu plus fréquentes les évacuations alvines.

10 janvier au 5 février. — L'état général s'améliore progressivement. La diarrhée cesse. La palpation ne fait reconnaître qu'un léger empatement au niveau de la vésicule biliaire.

7 janvier. — La tumeur a reparu, et redescend à deux travers de doigt au-dessus des fausses côtes. L'état général est bon : ni ictère, ni diarrhée.

10 janvier. — Au moment où la malade quitte l'Hôtel-Dieu, la tumeur réduite de volume est encore sensible au-dessous des fausses côtes.

La malade revient le 12 août 1857. — Depuis le commencement du mois de juin, la tumeur aurait reparu chaque mois au moment de l'époque menstruelle. Cette apparition de la tumeur se serait accompagnée de douleurs et d'une coloration plus foncée des urines, sans ictère. Au moment de la rentrée à l'hôpital, on constate une saillie de la vésicule biliaire au niveau de l'endroit signalé plus haut. Calomel, frictions belladonnées.

20 août. — Sortie de la malade. La tumeur a disparu.

OBSERVATION V. — **Abstention. Guérison.**

Cholécystite typhoïde au sixième septénaire. Guérison lente.
(Griesinger, *in* th. Hagenmüller.)

Femme de vingt ans atteinte de jaunisse antérieurement à plusieurs reprises surtout à l'époque de ses règles.

A la fin du troisième septénaire, coloration ictérique légère, passagère.

A la sixième semaine, des phénomènes de péritonite

circonscrite à la région hépatique se développèrent avec rapidité; quelques jours après, apparut un ictère, qui augmenta considérablement les jours suivants. Pouls rapide. Herpès labial et frisson.

Une tumeur douloureuse se forma à droite de l'ombilic, vraisemblablement par inflammation de la vésicule biliaire; le foie gonfla.

La température s'abaissa. Prostration extrême de la malade.

A la fin de la septième semaine, l'ictère disparut, et la convalescence sembla s'établir dans la huitième semaine lorsque, tout à coup, un nouvel accès parut avec frisson, ictère, vomissements et phénomènes nouveaux de péritonite; les accès se répétèrent encore deux fois plus tard, et disparurent par un traitement avec l'opium à haute dose. Guérison définitive au cinquième mois.

OBSERVATION VI. — **Abstention. Guérison.**

Cholécystite typhoïde au sixième septénaire.

(In thèse Hagenmüller.)

A. Joseph, soldat au 78^{me} de ligne, 23 ans, pris de fièvre typhoïde vers le 22 novembre, est entré définitivement en convalescence du 28 au 30 décembre 1875. Plus de diarrhée ni de fièvre. Un peu de bronchite.

1^{er} janvier 1876. — Le malade, pris la veille au soir d'un frisson violent avec fièvre vive (40° 2), accuse une vive douleur dans l'hypocondre droit, surtout au niveau des fausses côtes. Vomissements bilieux abondants et répétés. Teinte subictérique. Pouls petit et fréquent. Prostration assez prononcée. Opium, cataplasmes.

2 janvier. — Plus de douleurs dans l'hypocondre, ni de vomissements, mais persistance de la fièvre (40° 6). Le soir, nouveaux frissons; fièvre vive; région hépatique dou-

loureuse ; vomissements bilieux abondants ; teinte subictérique. T = 40° 6. On porte le diagnostic de cholécystite.

3 janvier. — Au matin, plus de douleurs ni de vomissements. T. = 37° 6.

4 janvier. — L'hypocondre droit est douloureux à la pression. Deux vomissements bilieux.

5 janvier. — Moins de fièvre, six vomissements bilieux. L'hypocondre est moins douloureux. Moins de teinte subictérique.

6 janvier. — Encore deux vomissements verdâtres.

A partir du 8 janvier, plus de douleurs ni de vomissements, l'amélioration persiste, et la convalescence définitive marche rapidement à partir du 10 janvier.

OBSERVATION VII (inédite). — **Abstention. Guérison.**

Cholécystite typhoïde au cinquième septénaire.

(Due à l'obligeance de M. le docteur Brisson.)

D... Marie, 27 ans, sans profession, née et résidant à Lyon, entre, le 27 août 1906, salle Bénédicte Teissier, lit n° 1.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires. Personnellement, très bonne santé dans l'enfance, réglée à douze ans, toujours irrégulièrement. Mariée. Ni enfants, ni fausses couches.

Depuis trois semaines environ (c'est-à-dire vers le 6 août), maïaise général. Lassitude. Céphalées vespérales. Inappétence fréquente et insomnies. Il y a huit jours, elle dut interrompre son travail par suite de défaillances avec faiblesse permanente. La céphalée était violente, continue, accompagnée de nausées avec anorexie et fièvre à exacerbations vespérales. Constipation forte et persistante. Langue saburrale. Légère érosion sur le pilier antérieur gauche. Météorisme. Gargouillements et douleurs de la fosse iliaque

droite. Taches rosées nettes. Douleur dans l'hypocondre droit. Rien au foie. Rate: matité sur trois ou quatre travers de doigt. Cœur: bruits réguliers et bien frappés. Pouls: tension normale, 108. Urines: pas d'albumine. Température: 39° à l'entrée. Séro-diagnostic: agglutination ébauchée à 1/10; nulle à 1/20.

28 août. — La température a continué à s'élever. Elle approche de 40° le soir. Céphalée. Sensation de tension abdominale due à la constipation. Prostration modérée: répond bien aux questions. Rate: cinq travers de doigt, douloureuse. Pouls: régulier 90.

29 août. — La malade a été soumise au traitement par les bains (à 28 degrés), six bains hier, bien supportés, bons abaissements. Température oscille entre 39°7 et 40 degrés. Prostration diminuée. Langue et bouche moins sèches.

30 août. — Céphalée diminuée. Se sent moins abattue. Ventre souple. Douleur et gargouillements légers de la fosse iliaque droite.

31 août. — Diarrhée: 15 grammes de gélatine.

1^{er} septembre. — Un peu accablée. Douleurs abdominales très violentes depuis hier soir. Siègent surtout dans le bas ventre. Ne s'accompagnent pas de pertes vaginales. La malade les attribue à la réapparition au bout de quinze jours de règles anormales d'ailleurs arrêtées. Ces douleurs ne remontent pas au-dessus de l'hypogastre. Diarrhée abondante, un peu diminuée la nuit dernière depuis la gélatine. Ventre un peu ballonné. Gargouillements et douleurs de la fosse iliaque droite. Rate grosse (six travers de doigt) douloureuse. Donner deux injections vaginales très chaudes par jour.

2 septembre. — Les douleurs hypogastriques ont cessé avec les injections. Diarrhée diminuée. Mêmes signes abdominaux. Ventre peut-être un peu plus tendu qu'hier. Aux poumons: signes de bronchite.

3 septembre. — Souffre encore du ventre, mais moins qu'avant-hier. Diarrhée diminue. Tousse beaucoup moins.

5 septembre. — Saute trois bains par jour. Céphalée disparue. Diarrhée très diminuée. Moins de douleurs abdominales : siègeraient d'une façon diffuse dans tout l'abdomen. Ventre toujours tendu, ballonné. Rate : six travers de doigt. Bronchite très diminuée.

6 septembre. — A sauté deux bains hier. Ceux-ci, à 28 degrés, bien supportés, donnent de forts abaissements (un de 3° 9). On les donnera à 30 degrés. Se plaint continuellement, souffre de tout le ventre (attend ses règles). Ventre tendu, un peu ballonné. Diarrhée diminuée. Poumons : sommets soufflants tous les deux à l'expiration, sibilances et ronchus généralisés des deux côtés.

7 septembre. — Les douleurs abdominales persistent, mais plus localisées : 1° à l'hypocondre droit : 2° à la fosse iliaque droite.

Pas de prostration vraie, mais abattement.

Abdomen toujours ballonné et tendu. En outre, d'une part, gargouillements, empâtement et douleurs très accusées à l'exploration de la fosse iliaque droite ; d'autre part, au niveau de l'hypocondre droit, on trouve un foie gros, débordant de trois travers de doigt les fausses côtes ; en un point fixe, correspondant à la vésicule, douleur très vive au palper ; on sent un empâtement profond reproduisant les contours de cet organe.

On conclut à une cholécystite expliquant l'état général et la température. (La température qui depuis le début avait oscillé autour de 39°5, était montée à 40° le 5 septembre au soir.)

6 septembre. — Matin, T. = 40°4 ; soir, T. = 38°9.

7 septembre — Matin, T. = 40°2 ; soir, T. = 39°3.

Done, oscillations de plus de 1 degré.

Le pouls a été : le 1^{er} septembre, à 100 — le 2, à 88 — le 3, à 120 — le 4, à 115 — le 6, à 115 — le 7, à 110.

Presque rien aux poumons. On suspend momentanément les bains. Placer cinq sangsues au niveau de la vésicule, puis cataplasmes, et, dès que l'hémorragie sera arrêtée, reprendre les bains à 30 degrés.

8 septembre. — Les sangsues ont bien pris et calmé le point de côté vésiculaire ; la vésicule est moins sensible au palper.

Abdomen moins tendu. La douleur se localise dans le flanc et l'hypocondre droit, mais moins vive. La malade se plaint surtout d'adynamie. Elle est anxieuse. Abattement toujours accusé.

Température : matin 39°7. — Soir 39°4. — Pouls 112.

9 septembre. — Ne souffre plus dans l'hypocondre droit. Douleurs abdominales localisées à la fosse iliaque droite. Le ventre est plus souple mais encore assez tendu et tympanique. Dans l'hypocondre droit, sensation nette de la vésicule très allongée, mince, non augmentée de volume, rénitente et à peu près indolore à la palpation. Foie déborde d'un travers de doigt. Dans la fosse iliaque droite, gargouillements très douloureux.

T. : 39°8 matin et soir. — Pouls : 120.

10 septembre. — Ventre toujours tendu, météorisé. Vésicule moins dure, moins volumineuse. Bronchite diffuse.

T. : 40°5 le matin. — 40°6 le soir. — Pouls : 120.

11 septembre. — Bronchite accrue. Coliques de tout le ventre. Les phénomènes de cholécystite n'ont pas reparu. Ventre toujours ballonné, tympanique. Vésicule diminuée de volume, insensible au palper. Fosse iliaque droite douloureuse, difficile à palper en raison du météorisme.

12 septembre. — Réactions sudorales assez intenses. Les bains étant mal supportés (tendance à la syncope), et en raison des phénomènes pulmonaires, ils ont été remplacés par le pyramidon (2 grammes en vingt-quatre heures).

Douleurs abdominales diminuées. Diarrhée abondante, très fétide.

Ventre encore météorisé, tendu, signes de cholécystite disparus objectivement et subjectivement.

Pouls : 108, ce matin. La température s'est abaissée progressivement jusqu'à 38°6 ce soir.

13 septembre. — Réaction sudorale intense. Douleur de l'oreille droite.

Moins de diarrhée. Ventre toujours tendu, tympanique. Douleur au palper de la fosse iliaque droite, où l'on perçoit du gargouillement.

La vésicule se sent encore très bien. Elle n'est le siège d'aucune douleur ni spontanée ni provoquée.

Signes de bronchite diminués.

Température : matin, 38°6 ; soir, 38°9. Pouls : 100.

Urines : disque moyen d'albumine, se rétractant peu, d'origine fébrile.

14 septembre. — L'otite droite, traitée par des cataplasmes d'amidon et des instillations d'huile de morphine, s'est calmée.

Température : matin, 38°2 ; soir, 38°1. Pouls 102.

Prostration, diarrhée diminuées. Signes de bronchite également.

15 septembre. — L'amélioration s'accroît. Vésicule biliaire toujours empâtée, allongée, indolore.

Température : matin, 39°7 ; soir, 39°5. Pouls : 112.

16 septembre. — Amélioration persistante. Température : matin, 39°5 ; soir, 39°2. Pouls : 108.

17 septembre. — Température : matin, 39° ; soir, 39°5. Pouls : 104.

Le 18 septembre. — Bronchite diminuée, mais signes nets de congestion des deux côtés. Température : matin, 38°5 ; soir, 38°9. Pouls : 120.

Le 19 septembre. — La vésicule est moins volumineuse, mais se sent encore. Cette réserve faite, les symptômes vésiculaires sont absolument éteints.

La malade sort de l'hôpital le 17 octobre, complètement guérie. Depuis le 19 septembre elle n'a présenté aucun autre trouble du côté de l'appareil biliaire.

De tout ce qui précède, il semble résulter que l'abs-

tention soit une ligne de conduite sage. Les résultats ne sont malheureusement pas toujours aussi satisfaisants, comme nous allons le constater dans les pages qui suivent.

CHAPITRE III

LES INTERVENTIONNISTES

Ils sont relativement nombreux, les malades chez lesquels, malgré le traitement médical, l'infection n'a pu être arrêtée dans ses progrès et a entraîné la mort. Nous laisserons de côté un certain nombre d'observations telles que les numéros VIII, IX, X et XI de la thèse de Hagenmüller ; les numéros III, XVI, XVII de la thèse de Pujebet. Ces cas sont peu démonstratifs parce que le décès a pu survenir du fait de complications étrangères à l'appareil biliaire ou parce que les renseignements fournis par les auteurs sont insuffisants.

Nous citerons en premier lieu une deuxième observation rapportée par Lafon dans son article du *Montpellier Médical* dont il a été question plus haut. Le malade, traité par la méthode que recommandait cet auteur, a succombé. Nous aurons plus tard à nous demander si cette thérapeutique était celle qui assurait au patient le plus de chances de guérison.

OBSERVATION VIII. — **Abstention. Mort.**

Cholécystite typhoïde au sixième septénaire. Vésicule biliaire. Mort au quarantième jour. (Lafon, Montpellier médical).

V..., vingt et un ans, soldat au 122^e de ligne, culti-

vateur, forte constitution. A dix-huit ans, affection d'un mois et demi de nature indéterminée.

Début de la maladie actuelle, le 13 août, par des vertiges, de la céphalée.

Pas de vomissements. Diarrhée intense. Anorexie.

Le malade entre à l'hôpital le 16. A l'entrée, les symptômes sont les mêmes : fièvre, 38°4. Diarrhée. Ventre souple, sans taches rosées. Pouls à 80 est bon. Céphalée. Obnubilation intellectuelle. Prostration. Néanmoins, l'aspect général ne paraît pas très mauvais.

18 et 19 août. — Etat à peu près stationnaire. Pouls fortement dicrote : 80.

22 août. — La température remonte. La diarrhée qui avait diminué les deux jours précédents, augmente de nouveau.

23 août. — La température augmentant encore, lotions remplacées, le 24, par des bains d'une demi-heure à 16 degrés, trois fois par jour.

29 août. — On doit interrompre les bains que le malade supportait difficilement. Il tousse et souffre de la poitrine. A l'auscultation, surtout à gauche, quelques rhonchus et quelques sibilances à la fin de l'inspiration. Les bains sont remplacés par des lotions.

31 août. — Prostration. Surdité. A l'auscultation des bases et en arrière, râles muqueux et sibilants.

1^{er} septembre. — Mêmes symptômes. Albumine et pigments biliaires dans l'urine.

3 septembre. — Les forces du malade déclinent en même temps que tombe la fièvre. Figure sèche, tirée ; teint légèrement subictérique. Pour essayer de relever l'économie du malade, ce qui semble être l'indication principale, on donne la potion de Todd en même temps que du lait et du bouillon.

4 septembre. — Délire, qui s'est du reste déclaré depuis trois jours. Nuits agitées, le malade se levant à chaque instant.

5 septembre. — Légère amélioration. Moins de délire, moins de surdité. Pouls encore petit et fréquent, à 104.

8 septembre. — La température s'élève de nouveau, quoique l'aspect général paraisse s'améliorer. 0 gr. 75 de quinine.

9 septembre. — Le malade se plaint d'éprouver une gêne respiratoire assez considérable. Expectoration difficile. Pouls à 104, filiforme. La fièvre augmente toujours. Applications de ventouses en arrière. La dose de quinine est portée à 1 gramme. Acétate d'ammoniaque 15 grammes.

10 septembre. — L'ataxie fait des progrès; le malade s'affaisse davantage. La respiration est toujours laborieuse. Sinapismes sur le dos et la poitrine. Potion avec acétate d'ammoniaque et sirop de tolu. 1 gr. 50 de quinine. Un bain à 20 degrés.

11 septembre. — Râles nombreux. Le bain, mal supporté, est remplacé par six lotions. Le malade, malgré la fièvre, prend avec plaisir du tapioca, des œufs, du thé, du rhum. Quinine : 1 gr. 50. Acétate d'ammoniaque : 20 grammes.

14 septembre. — La température, qui s'était abaissée pendant les jours précédents, remonte. Respiration toujours gênée. Léger degré de cyanose. A droite et en arrière, signes de broncho-pneumonie intense combattue par un vésicatoire 14/10 à la partie inférieure droite du thorax. Les lotions sont suspendues.

15 septembre. — La diarrhée augmente. Un quart de lavement amylicé.

16 septembre. — Le délire est revenu et a duré toute la nuit. La veille au soir, le malade a rendu son potage presque aussitôt après l'avoir pris. Le tracé thermométrique indiqué de grandes oscillations. 1 gr. de quinine.

18 septembre. — La quinine a été donnée hier et aujourd'hui à la même dose. A midi, selles très abondantes jaune verdâtre, fétides. En même temps, vomissements verdâtres sans douleurs abdominales. Le ventre est souple.

19 septembre. — Douleurs violentes dans l'hypocondre

droit. Application de larges cataplasmes laudanisés. Diarrhée intense et toujours fétide; est traitée par l'iodoforme. Le malade s'alimente toujours un peu, mais avec un certain dégoût. Vers 4 heures du soir, subitement et après un lavage boriqué destiné à compléter l'asepsie intestinale, se déclare, dans la région hépatique et très nettement localisée à cette seule région, une douleur aussi aiguë et aussi intense que subite, comparable à l'accès de coliques hépatiques, arrachant des cris au malade, s'accompagnant d'une sensation syncopale. En même temps, la face est grippée, le pouls petit, filiforme et à 130. Tout mouvement provoque des douleurs intolérables. Les inspirations même sont douloureuses. Injection d'un demi-centigramme de morphine. Les douleurs se calment et achèvent de s'apaiser pendant la nuit. La température, au moment de la crise, est de 40°2. Ventre légèrement ballonné. N'est pas complètement indolore à la pression. Onctions d'huile chloroformée. Des injections de morphine seront faites si les douleurs reparaissent. L'immobilité la plus absolue sera observée.

La journée est assez bonne. Tout d'un coup, aussi brusquement que la veille et après un léger déplacement du malade, éclate, à 8 heures du soir, une nouvelle crise douloureuse aussi intense que la première, siégeant à la région hépatique, mais s'irradiant le long du flanc droit jusqu'à l'hypogastre. La douleur que le malade éprouve à cet endroit finit même par paraître la plus violente et semble s'étendre dans l'ensemble de l'appareil génito-urinaire. Sous l'action de la douleur, la figure pâlit et se décompose à vue d'œil. Le pouls, qui était assez calme à 100 environ, redevient aussitôt extrêmement fréquent (130 et plus); mais il est beaucoup plus filiforme et encore moins perceptible que la veille. Une nouvelle injection de morphine ramène encore du calme, et la nuit est assez bonne.

21 septembre. — A 7 heures du matin, nouvelle crise douloureuse beaucoup plus intense, toujours localisée dans

les mêmes points et au cours de laquelle le malade succombe brusquement.

Autopsie. — Aucun signe de péritonite suppurée ou généralisée sur la paroi abdominale antérieure droite, à partir de la région hépatique jusqu'à l'hypogastre, teinte jaune intense formant une tache irrégulière à peu près en forme de bissac. Le péritoine qui recouvre ces points paraît enflammé. L'épiploon et l'intestin sont également teintés dans les points correspondant à la paroi. Dans ces régions encore, les anses intestinales sont agglutinées entre elles par un léger exsudat plus consistant toutefois dans la région hépatique. En ce point, les anses intestinales, d'une coloration plus foncée et noirâtre, adhèrent fortement à la face inférieure du foie en englobant la vésicule biliaire. Ces adhérences une fois rompues avec précaution, on constate, dans l'espace ainsi limité par l'intestin et la masse hépatique, la présence de 60 grammes environ d'un liquide jaune très foncé paraissant être de la bile pure dont il présente, du reste, toutes les réactions. Les autres anses intestinales sont libres.

Le petit bassin contient environ 200 ou 300 grammes d'un liquide fortement teinté par la bile dont il offre nettement toutes les réactions et dans lequel nagent quelques grumeaux fibrineux.

En rejetant légèrement à gauche les anses intestinales qui occupent l'hypocondre droit, on aperçoit la vésicule biliaire et sur sa face inférieure trois escarres, dont deux de la forme et de la grandeur d'une amande, de coloration jaune brun, qui, à chaque pression sur la vésicule, laissent filtrer à l'extérieur le liquide biliaire. Deux de ces escarres siègent sur le fond ; la troisième, beaucoup plus petite, est située vers le col.

La vésicule biliaire incisée est presque vide. Elle ne contient point de calcul. On remarque que ses parois ne sont pas épaisses. Outre les trois escarres déjà décrites et qui siègent sur la paroi inférieure, on constate sur la paroi

supérieure trois ouvertures circulaires de 2 à 3 millimètres de diamètre, donnant accès à autant de cavités du volume d'une noisette siégeant entre la vésicule et la face inférieure du foie, qui est creusée et déprimée à leur niveau et qui contiennent une matière putrilagineuse très fortement colorée par de la bile. Le foie, au niveau de ces abcès biliaires, est le siège d'une hyperémie assez considérable, mais paraît macroscopiquement intact.

Les conduits biliaires sont perméables et leurs parois ne paraissent pas épaissies.

Foie, 1270 grammes; mou, flasque, légèrement congestionné. Il ne semble contenir aucun abcès, et ne présente macroscopiquement rien de remarquable. L'examen histologique n'a pu être fait.

Duodénum congestionné, contient de la bile, ce qui confirme la perméabilité du canal cholédoque. Les parties de l'intestin grêle en rapport avec l'épanchement biliaire sont, elles aussi, légèrement enflammées. L'extrémité inférieure de l'intestin grêle, sur une longueur de 70 centimètres environ, présente de nombreuses ulcérations typhiques en pleine évolution, à bords taillés à pic, ne paraissant avoir aucune tendance à la nécrose ou à la perforation. Siégeant parmi elles, nombreuses taches très fortement pigmentées paraissant être les cicatrices d'ulcérations guéries. Gros intestin congestionné dans les points en rapport avec la région hépatique.

Rate, ferme et noire, 215 grammes.

Rein gauche : 180 grammes, gros et pâle; anémié; les pyramides de Bertin semblent légèrement tuméfiées. Rein droit : 160 grammes, mêmes lésions.

A l'ouverture du thorax, il s'échappe de la cavité pleurale droite environ 150 grammes de liquide citrin. Poumons libres de toute adhérence. Congestion hypostatique assez considérable surtout à gauche. A droite, on trouve presque des noyaux d'hépatisation rouge dans le lobe moyen, qui présente des points indurés gorgés de sang et dans lesquels

la sensation de crépitation a presque complètement disparu.

Cœur : un peu anémié. Rien de spécial.

OBSERVATION IX. — **Abstention. Mort.**

Cholécystite typhoïde ignorée pendant la vie.

Mort au vingtième jour. (Louis, *in th.* Hagenmüller.)

Fièvre typhoïde chez un homme de vingt-trois ans. Anorexie complète. Diarrhée copieuse. Douleurs de ventre. Météorisme. Délire. Somnolence prolongée. Mort au vingtième jour.

Autopsie. — Plaques elliptiques de l'iléon, rouges et ulcérées. Glandes mésentériques rouges. Foie mou et pâle. La vésicule biliaire avait le volume d'un œuf d'oie, et contenait un liquide roussâtre au fond duquel se trouvait une matière puriforme peu épaisse, non liée. La membrane muqueuse était roussâtre et blanchâtre ; d'une épaisseur et d'une consistance naturelle. Les conduits biliaires étaient dans l'état normal.

OBSERVATION X. — **Abstention. Mort.**

Cholécystite typhoïde ignorée pendant la vie.

Mort au huitième jour. (Louis, *in th.* Hagenmüller).

Fièvre typhoïde chez un garçon de dix-neuf ans. Diarrhée au début. Délire. Météorisme considérable dans les derniers jours. Taches rosées lenticulaires. Mort au huitième jour.

Autopsie. — Plaques ramollies dans l'iléon. Glandes mésentériques très volumineuses et ramollies. Foie pâle de consistance normale. La vésicule biliaire avait un petit volume et contenait une petite quantité de bile rousse et

de matière jaune, purulente, médiocrement épaisse. La membrane muqueuse était chagrinée comme à l'état naturel, d'une légère teinte rose; son épaisseur était de $\frac{3}{4}$ de millimètre. Les conduits biliaires étaient sains.

OBSERVATION XI. — **Abstention. Mort.**

Cholécystite typhoïde ignorée pendant la vie.
Mort au vingt-cinquième jour. (Louis; in th. Hagenmüller.)

Fièvre typhoïde chez un homme de vingt-cinq ans. Délire. Diarrhée. Météorisme depuis le troisième jour jusqu'au vingt-cinquième, jour de la mort. Point de symptômes du côté du foie.

Autopsie. — Lésions ordinaires de la maladie dans l'intestin. Muqueuse stomacale ramollie. Foie un peu plus gros que de coutume, adhérent par toute sa face au diaphragme. La vésicule biliaire contenait une petite quantité de liquide, d'un jaune trouble peu épais. La membrane muqueuse était rougeâtre, son aspect chagriné presque effacé, son épaisseur augmentée, et on en obtenait aisément par traction de larges lambeaux.

OBSERVATION XII. — **Abstention. Mort.**

Cholécystite typhoïde au troisième septénaire.
Péritonite de voisinage. Mort au cinquième septénaire.
(Colin, in th. Hagenmüller.)

Jacques V..., salle 27, lit 2, est atteint d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité parvenue à son troisième septénaire et dont l'évolution n'a rien offert de particulier jusqu'au 26 octobre 1861. A cette date, adynamie; facies pâle; plus d'éruption spéciale; température normale; pouls 100, un peu de météorisme; plus de diarrhée; langue

humide; le malade commence à reprendre un peu de sommeil, et ne se plaint plus que d'un sentiment de sécheresse à la gorge, résultat de concrétions mucoso-sanguines adhérentes à la paroi postérieure du pharynx. Bouillon, pruneaux, gargarismes acidulés.

26 octobre. — Sentiment de pesanteur dans l'hypocondre droit : un peu de douleur à la palpation. Cataplasmes.

26 au 31 octobre. — Se développe une teinte ictérique légère avec coloration des urines; l'adynamie se prononce davantage. Langue pâteuse. On cherche en vain par l'exploration du thorax quelque complication en rapport avec cette aggravation. Du reste, la température ne s'est pas élevée; le pouls n'a repris aucun caractère fébrile; il semble qu'il y ait un simple embarras gastrique, résultat possible d'une alimentation prématurée.

1^{er} novembre. — Depuis hier, douleur vive dans tout l'abdomen sans que le malade parvienne à en préciser le point de départ. Palpation extrêmement douloureuse. Vomissements bilieux abondants. Constipation depuis quatre jours. Teinte ictérique un peu prononcée. Vingt sangsues à l'hypocondre droit. Deux potions laudanisées. Lavements huileux.

2 novembre. — Exagération de la douleur abdominale. Le malade n'urine plus qu'au moyen du cathétérisme. Respiration courte (30 par minute). Cependant, le pouls n'offre aucun changement notable, toujours de 96 à 100 pulsations. Potion éthérée, 15 centigrammes d'extrait d'opium. Bains de siège.

3 novembre. — Hoquet. Nouveaux vomissements bilieux. La langue redevient fuligineuse. Vingt sangsues. 15 centigrammes d'opium.

4 novembre. — Ballonnement extrême du ventre. Gêne de la respiration. Onctions mercurielles. Vin de cannelle.

5 novembre. — Hoquet et cris continuels. 36 respirations par minute. Râle trachéal. Pouls petit à 110.

6 novembre. — Mort dans la matinée.

Autopsie. — Pas de péritonite générale. Saillie de la vésicule biliaire, qui avance d'environ 5 centimètres sur le bord tranchant du foie. Liberté parfaite des sillons qui séparent entre elles les anses de l'intestin grêle; mais, entre celui-ci et le côlon ascendant, existe une adhésion molle, glutineuse, se rompant à la moindre traction, type de la pseudo-membrane initiale. Le bord droit du côlon ascendant et le bord postérieur de la première moitié du côlon transverse sont soudés le premier à la paroi abdominale, le second au bord tranchant du foie depuis le niveau de la crête iliaque jusqu'au fond de la vésicule; sur toute cette ligne, adhésion complète par de la fibrine stratifiée. Un foyer, limité en haut par toute la face inférieure du lobe droit du foie, en arrière par la portion réfléchie du diaphragme, en avant par le côlon et les adhérences mentionnées plus haut, comprend tout le cul-de-sac péritonéal situé à droite de l'hiatus de Winslow. En dedans, il est limité par les fausses membranes qui soudent la vésicule au côlon transverse. Les parois sont colorées en vert par de la bile presque pure où nagent quelques flocons fibrineux. Le calibre de ce foyer est réduit d'un tiers environ par le développement dans sa cavité de la vésicule elle-même, qui est du volume d'un œuf d'oie et dont la face externe présente, à peu près au milieu de son corps et à droite, une surface comme bourgeonnée à peu près circulaire, de 4 centimètres de diamètre, constituée par un groupe confluent de petits mamelons qui dépassent d'environ 3 ou 4 millimètres le niveau de la séreuse; cette surface donne tout de suite l'idée d'une éraillure des tuniques et, en effet, en la pinçant entre deux doigts, on se rend compte de l'amincissement extrême de la paroi cystique, dont la pression en ce point fait sourdre la bile. La vésicule étant incisée dans toute sa longueur laisse écouler environ 200 grammes de bile verte, parfaitement liquide, sans calcul. Muqueuse épaissie surtout au niveau du col, remarquable par la saillie et la profondeur de ses aréoles,

brusquement coupée à pic au niveau de l'ulcération, au fond de laquelle le tissu sous-muqueux a pris une coloration claire jaunâtre tranchant sur le vert foncé du reste de la poche, bords décollés et faciles à soulever avec l'ongle. A contre-jour, sur cette ulcération, infinité de petits points transparents correspondant aux sommets des mamelons de la surface extérieure et à travers lesquels on fait suinter différents liquides. Rien de notable dans les conduits cystique et cholédoque. Beaucoup de bile dans toute l'étendue du tube digestif.

Intestin grêle : Neuf plaques agminées molles, dont une seule érodée superficiellement. Ganglions mésentériques engorgés. Rate doublée de volume. Foie jaune pâle non augmenté de volume.

Poumons durs donnant par incision écoulement à beaucoup de liquide spumeux ; aucun engorgement hypostatique.

OBSERVATION XIII. — **Abstention. Mort.**

Cholécystite typhoïde ignorée pendant la vie. — Mort au troisième septénaire. — Perforation de la vésicule. — Epanchement dans le péritoine. (Husson, in th. Hagenmüller.)

Fièvre typhoïde chez un enfant de huit ans. Dévoiement et toux. Délire dans les huit derniers jours. Mort à la fin du troisième septénaire sans aucun symptôme du côté de l'appareil hépatique.

Autopsie. — Epanchement d'au moins 1 litre et demi de bile dans le péritoine ; des fausses membranes entre lesquelles existe du pus réunissent la face convexe du foie et le diaphragme. Foie sain ; mais vésicule biliaire lâche, aplatie, grise, marbrée de petites ecchymoses violettes ; à son sommet, une grosse veine gorgée de sang et une perforation large comme un tuyau de plume par laquelle la bile

s'est échappée. Muqueuse molle, détruite au sommet. Cette perte de substance semble avoir gagné les autres couches membraneuses jusqu'au péritoine inclus. Conduits hépatiques et cholédoque libres; cystique, à un demi-pouce environ de sa jonction avec le cholédoque, paraît oblitéré. Rate, estomac sains. Dans les derniers 18 pouces de l'intestin grêle, plaques de Peyer volumineuses, violettes, criblées de petites ulcérations.

OBSERVATION XIV. — **Abstention. Mort.**

Cholécystite typhoïde méconnue. — Diagnostic de perforation intestinale au cinquième septénaire. — Mort au septième. — Perforation de la vésicule. — Communication avec un foyer intra-péritonéal. (Archambault, in th. Hagenmüller.)

Fièvre typhoïde chez un enfant. Au trentième jour de la maladie, quand la convalescence semblait commencer, se déclarent subitement des symptômes dans un point circonscrit à l'hypocondre droit. On diagnostique une perforation intestinale. L'enfant est mort douze jours après.

Autopsie: — Perforation du fond de la vésicule. Traces de péritonite. Le foyer de l'épanchement de l'inflammation était circonscrit par la face supérieure du foie en bas, l'abdomen et le diaphragme en haut, le ligament suspenseur et le ligament coronaire en arrière et sur les côtés, le côlon transverse en avant. Des fausses membranes existaient dans tout cet espace et des adhérences sur les bords. Vésicule dilatée; surface interne villeuse, ulcérations, dont l'une avait causé la perforation, Cholédoque oblitéré.

OBSERVATION XV. — **Abstention. Mort.**

Cholécystite typhoïde ignorée pendant la vie. — Mort au cinquième septénaire. — Perforation de la vésicule. — Péritonite généralisée. (Ranvier in th. Hagenmüller.)

Homme de vingt-huit ans. Fièvre typhoïde à marche ordinaire. Au treizième jour, l'appétit revient, et le malade commence à se lever. Au dix-septième, il dit souffrir dans le ventre. Diarrhée. Météorisme et mouvement fébrile très marqué. Le dix-neuvième jour, l'épigastre devient tout à coup le siège d'une douleur déchirante, qui diminue au bout de peu d'instant, mais la région ombilicale reste très sensible. Il n'y a eu ni frissons, ni vomissements, mais la diarrhée continue; la face se grippe; le pouls devient petit et la mort survient le trentième jour.

Autopsie. — Péritonite généralisée. En outre, vaste poche limitée par des anses intestinales adhérentes, des pseudo-membranes, la face inférieure du foie, le feuillet pariétal du péritoine, qui occupe les régions épigastrique et ombilicale et une partie de l'hypocondre droit. Cette cavité est remplie par un liquide jaunâtre et opaque. Vésicule biliaire recouverte de fausses membranes minces et fragiles étendues sur le péritoine viscéral et pariétal. Sur la face diaphragmatique du foie, tout près de son bord antérieur, petite ouverture frangée dont les deux lèvres sont formées par des fausses membranes. Cette ouverture laisse suinter la bile, qui vient alors se déverser dans la cavité dont il a été question. Après l'ouverture de la vésicule, on voit que la fistule qui donne issue à la bile forme un conduit à parois régulières de 1 centimètre de diamètre et que son ouverture externe a été formée par une fausse membrane dont la rupture, à un moment donné, a produit l'épanchement de bile dans le péritoine. Dans la vésicule,

petit calcul ayant à peine 2 millimètres dans son plus grand diamètre. La muqueuse de la vésicule ne formé plus que des lambeaux irréguliers et flottants, teints en jaune par la bile. Les tuniques fibreuses, musculaire et péritonéale, ont ensemble une épaisseur de 2 à 3 millimètres; leur structure propre n'existe plus. Les tissus qui les composent sont infiltrés d'un pus épais qui s'écoule facilement des incisions. Les portions du parenchyme hépatique situées dans le voisinage de la face supérieure sont saines; le point seul dans lequel la fistule s'est formée présente quelques altérations de voisinage.

OBSERVATION XVI. — **Abstention. Mort.**

Cholécystite typhoïde ignorée pendant la vie. — Mort au deuxième septénaire. — Perforation de la vésicule. — Péritonite généralisée. (Leudet in th. Hagenmüller.)

L. . (Louis), dix-huit ans, entre le 2 janvier 1876, au huitième jour de sa maladie. Jusqu'au 14 janvier, prostration, météorisme marqué, diarrhée, aucune douleur vive accusée dans l'abdomen, absence de vomissements. Le 14, l'affaiblissement augmente. Mort le 15.

Autopsie. — Epanchement dans la cavité péritonéale de deux ou trois litres de sérosité citrine dans laquelle nagent quelques fragments de fausses membranes. Peu d'injection sous-séreuse au bord libre des circonvolutions intestinales. — Intestin : lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde. Foie : volume ordinaire, couleur foncée. La vésicule biliaire, double de son volume normal, adhéraît avec le côlon transverse; tout le fond de la vésicule était ramolli; la muqueuse offrait plusieurs perforations; tunique fibreuse déchirée et divisée en plusieurs lambeaux irréguliers; séreuse décollée. Par un orifice de la grandeur d'un stylet, la bile en petite quantité, jaunâtre, arrivait par la pression.

dans la cavité péritonéale. Canaux cystique, cholédoque et hépatiques sains.

OBSERVATION XVII. — **Abstention. Mort.**

Cholécystite typhoïde au cinquième septénaire. — Péritonite générale. — Pas de perforation de la vésicule.
(Hagenmüller in th.)

G... Louis, soldat, vingt-deux ans, entre dans le service du professeur Laveran le 13 février 1875.

Depuis un mois, diarrhée survenue à la suite de la fatigue ; en même temps, amaigrissement rapide. A l'entrée, le diagnostic balance entre une typhoïde et une tuberculose aiguë intestinale. Ventre en carène, insensible à la pression, même dans la fosse iliaque. Pas de gargouillements. Pas de taches rosées. Langue sèche, fendillée. Râles disséminés dans les deux poumons. Jusqu'au 16, le malade se maintient dans le même état avec une température très irrégulière, mais élevée.

Le 16, au matin, le malade se trouvait mieux. Le soir, il est pris d'une douleur très vive dans l'hypocondre droit avec irradiations jusqu'à la région antérieure de l'abdomen. En même temps, la face se grippe, le pouls filiforme s'accélère et la température monte jusqu'à 40 degrés. La douleur abdominale, extrêmement vive, s'exaspère par la palpation. Les symptômes de péritonite s'aggravent rapidement. Pouls très petit et fréquent. Extrémités froides. Vomissements. Constipation. La rapidité de l'apparition de ces symptômes rendait très vraisemblable le diagnostic de péritonite par perforation.

Le malade succombe le 17 février à 8 heures du matin. A aucune période de la maladie, on n'avait noté d'ictère.

Autopsie. — Poumons sains. Deux plaques de Peyer en voie de cicatrisation à la partie inférieure de l'iléon. Pas de perforation intestinale. En incisant la paroi antérieure de

l'abdomen, la surface de l'intestin grêle est apparue saine, mais, en soulevant le foie, on trouve toute la portion d'intestin en rapport avec la face inférieure de cet organe rouge en certains points, jaune verdâtre en d'autres et recouverte de fausses membranes. Fausses membranes également sur le mésentère et plusieurs anses intestinales. Un peu de liquide trouble mêlé de flocons fibrineux dans les parties déclives. Les altérations les plus avancées sont au voisinage du foie et de la vésicule, qui est gorgée d'un pus mal lié mélangé de bile; pas de calculs, pas d'ulcérations, pas de perforation.

OBSERVATION XVIII. — **Abstention. Mort.**

Cholécystite typhoïde au troisième septénaire méconnue pendant la vie. Mort au huitième septénaire. Perforation de la vésicule. Communication avec un foyer d'épanchement intra-péritonéal. (Barthez et Rillet, in th. Hagenmüller.)

Fièvre typhoïde à forme ataxo-adyynamique. Jeune fille de douze ans. Douleurs abdominales. Dévoiement, puis constipation.

Au seizième jour, une tumeur se développe au côté droit du ventre.

Le vingt-deuxième jour, on trouve encore cette tumeur mal limitée dans l'hypocondre droit, qui est tendu et rénitent. L'abdomen est généralement douloureux. Cette tumeur disparaît peu à peu. Persistance du délire. Mort au cinquante-deuxième jour.

Autopsie. — Entre le foie, le pylore et le duodénum, adhérences celluleuses assez solides qui comprennent tout l'épiploon gastro-hépatique; à leur centre, adhérence entre le pylore et la face inférieure du foie à gauche de la vésicule biliaire. En disséquant cette adhérence, on arrive dans

une cavité du volume d'une grosse noix, comprise entre le foie, le pylore et un peu de duodénum et la vésicule biliaire. Remplie d'un liquide vert foncé bilieux, cette cavité semble tapissée par une membrane muqueuse que l'on dirait succédanée de celle de la vésicule. Sur la paroi de cette cavité, ouverture de 4 millimètres de diamètre arrondie, taillée à pic et qui conduit dans la vésicule. Cette cavité accidentelle contient une bile identique à celle de la vésicule.

OBSERVATION XIX. — **Abstention. Mort.**

Fièvre typhoïde à rechutes. Mort de péritonite par perforation de la vésicule biliaire. Hémorragies intra-canaliculaires. (Pujebet, in Th.)

D. Théophile, dix-neuf ans, entre le 26 novembre 1898 dans le service de M. le professeur Desplats. Au moment de l'entrée, il se plaignait de céphalée, d'une grande fatigue et de fièvre. T. = 39°,2. Il était malade depuis quatre semaines et couché depuis quinze jours. Nombreuses taches rosées, langue sèche, gargouillement de la fosse iliaque et délire la nuit. On diagnostique fièvre typhoïde, et le séro-diagnostic est, du reste, positif. Enveloppements humides.

Jusqu'au 12 décembre, évolution favorable, et le traitement ne fut pas modifié. Ce jour, la température étant montée à 39°4 et les phénomènes typhiques s'accroissant, le 13 (septième septénaire), on lui administre des bains. Ce jour-là, pour la première fois, violentes douleurs au niveau de l'estomac, qui durèrent une heure ou deux, puis disparurent sans qu'on pût les expliquer.

14 décembre. — Trois bains qui firent chaque fois descendre la température de 2 à 3 degrés ; le 15, de 2 degrés ; le 16, 17 et 18, de 1 degré.

19 décembre. — Trois bains. Les douleurs, qui avaient cessé depuis cinq à six jours, reparurent. Morphine. Contre la constipation, eau de Sedlitz.

20 décembre. — Température élevée. Il fallut donner six bains.

21 décembre. — Un peu de détente. Trois bains seulement.

22 décembre. — Vers cinq heures du matin, une selle sanglante abondante. Dans la journée, température moins élevée. Un seul bain.

24 décembre. — Un bain.

25 décembre. — Température au-dessus de 38 degrés pendant presque toute la journée. Violente crise gastrique.

26 décembre. — Température basse pendant la matinée, se relève le soir, et nécessite un bain vers trois heures. Dans la nuit, selle sanglante abondante.

27 décembre. — Le malade semble entrer en convalescence. Cependant langue toujours sèche.

28 décembre. — Encore un bain. C'est le dernier.

Depuis le 29 décembre, il n'y avait plus de fièvre et les urines étaient abondantes lorsque, le 8 janvier, on lui permit de manger.

9 janvier. — Brusquement, la température remonte à 40 degrés, et dans la nuit, surviennent de violentes douleurs d'estomac avec sensation d'étouffement et qui ne cessèrent qu'après un vomissement composé surtout de sang.

Le malade s'endormait après. Le lendemain, une selle abondante, demi-molle, noire.

11 janvier. — Malade très pâle, affaibli. N'accuse plus que quelques douleurs dans le flanc gauche. Pas de fièvre.

12 janvier. — Plus de douleur; pas de fièvre. Urines très abondantes (4 à 5 lit.).

14 janvier. — Même état. On permit de prendre du bouillon. La température monte à 38°7 le soir.

15 janvier. — Petite crise pendant 10 minutes. T. = 39°9.

16 janvier. — Longue et forte crise pendant plusieurs heures et ne cédant qu'à une injection de morphine. L'ingestion d'une petite quantité de lait réveilla les douleurs.

Les jours suivants, état satisfaisant sans crises ni élévation de température. Urines abondantes.

Dans la nuit du 26, à la suite d'une émotion, crise violente durant une demi-heure et se calmant peu à peu. Pendant la journée, l'épigastre resta sensible, et, vers 3 heures, se produisit une selle grisâtre de consistance normale.

27 janvier. — Pas de selles. Urines abondantes (3 à 4 lit.). A plusieurs reprises, les jours suivants, petites crises et, de temps en temps, selles blanchâtres. Urines toujours très abondantes.

Le malade avait l'air d'entrer en convalescence lorsque, subitement, sans motif, le 5 février au soir, se produisit une crise extrêmement violente qui dura toute la nuit. Le matin, survinrent des vomissements alimentaires. Le début brusque des douleurs, leur violence, leur durée firent penser à la possibilité de coliques hépatiques plutôt qu'à une douleur gastrique. Cependant, il n'y avait pas de trace d'ictère; les urines, qui contenaient un peu d'albumine, n'étaient pas ictériques, et, de plus, les douleurs semblaient prédominer dans l'hypocondre gauche. Une injection de morphine calma temporairement la douleur; elle se réveilla le soir, très violente, et prit des caractères nouveaux : elle s'exagérait à la pression et sous l'influence de la respiration, elle s'irradiait dans l'épaule gauche. Pouls très fréquent et petit. Vomissements. Pas d'élévation de température. Injection de morphine.

7 février. — Facies péritonéal. Conjonctives jaunes. Région sus-ombilicale ballonnée et très douloureuse. Vomissements fréquents. On fit le diagnostic de péritonite.

Pendant toute la journée, les douleurs persistèrent, ainsi que les vomissements. Le pouls s'éleva à 160. Mort vers le soir.

Autopsie. — Anses intestinales agglutinées. A leur surface, exsudat purulent verdâtre assez abondant. Au voisinage des fausses côtes, le côlon transverse est refoulé, et a pris une direction oblique de droite à gauche et de bas en haut. Foie refoulé vers le diaphragme. On n'aperçoit qu'une petite portion de son parenchyme au niveau du creux épi-

gastrique. Dans le flanc droit, le long du côlon ascendant, une certaine quantité de sérosité brunâtre. Foie gros, gris jaunâtre sale. Sur sa face convexe, quelques plaques d'exsudat purulent. Au voisinage de la grande courbure, épiploon rétracté entouré d'exsudats jaunâtres. La rate est enfouie dans des plaques d'exsudat très épaisses. Lésions de péritonite avec exsudat jaunâtre sur la face postérieure de l'estomac. L'arrière-cavité des épiploons contient une sérosité roussâtre. Le cæcum et l'appendice semblent intacts. Ganglions nombreux et un peu volumineux.

Vésicule biliaire. — A contracté des adhérences avec le côlon transverse. Parois amincies irrégulièrement; cavité dilatée.

Les parois présentent des taches verdâtres correspondant probablement à des ulcérations profondes. Le contenu de la vésicule est un liquide jaune foncé, louche, contenant en suspension des lambeaux membraniformes : la surface interne de la vésicule est blanchâtre; les parois sont friables; la muqueuse présente çà et là des ulcérations. A la jonction de la vésicule avec le canal cystique, existe une perforation lenticulaire correspondant à une ulcération de la muqueuse. Le canal cystique ouvert a un aspect blanchâtre.

Sur la portion terminale de l'intestin grêle, follicules clos saillants, plus opaques que normalement. Plaques de Peyer amincies; leur surface présente quelques dépressions rappelant des ulcérations anciennes; la lésion la plus caractéristique est une ulcération lenticulaire, arrondie à 3 centimètres de la valvule iléo-cæcale ayant atteint toute l'épaisseur de la muqueuse. La portion supérieure est remarquablement saine.

Poumon : un peu de congestion des bases.

Rate : flasque, petite, friable.

Reins : capsule assez adhérente, un peu épaisse, à surface lisse, blanc jaunâtre.

Foie : parenchyme ferme, décoloré. A la section, près

du hile, un volumineux thrombus avec ramollissement partiel de ses parties latérales. Le centre de ce caillot est cruorique ; sa périphérie est fibrineuse. En poursuivant la section du lobe gauche, on trouve que ce caillot se ramifie de plus en plus ; il est tout à fait indépendant de la veine porte et en plein dans un diverticule dilaté d'un gros canal biliaire. Il se serait donc produit une angiocholite hémorragique avec thrombus oblitérateur. Sur le lobe gauche du foie, au voisinage de son bord tranchant, un certain nombre des espaces portes présentent une sorte d'infiltration noirâtre circonscrite. Sur la coupe, cette infiltration a la forme arrondie ou étoilée. Sur quelques points, ces traces noirâtres ont une partie ramollie centrale, de teinte jaune fauve.

On dirait un canal biliaire dont le bord serait teinté par le sang et dont le centre serait occupé par la bile. Dans un des gros canaux biliaires ayant la dimension d'une aiguille à tricoter, on trouve un petit grumeau mobile, brun, noirâtre, ressemblant à un petit caillot. Ce petit canal communique largement avec la partie où siège le thrombus adhérent. Il y aurait eu hémorragie intra-canaliculaire avec reflux du sang en amont, au-dessus du gros thrombus. La veine porte est tout à fait perméable.

OBSERVATION XX. — **Abstention. Mort.**

Fièvre typhoïde avec hyperthermie. Perforation de la vésicule pendant la convalescence. Péritonite. Mort. (Pujebet, in th.)

Marie D..., treize ans, entre le 5 mars 1880. Elle n'était alitée que depuis trois jours, mais souffrait depuis une semaine. Elle avait de la diarrhée, une anorexie complète, de la fièvre (T. 40°5) et une grande prostration.

6 mars. — Nuit mauvaise et très agitée. Délire au moment de la visite. Langue et bouche humides ; lèvres et

genciyes saignantes. Quelques taches rosées sur le ventre. Gargouillements dans la fosse iliaque. Râles sibilants disséminés dans la poitrine. Léger souffle au cœur au premier temps et à la base. T. 40°5. Malaga 50 grammes. Bouillon. Lait. Deux pots de limonade phéniquée (0 gr. 50 p. litre). Deux injections sous-cutanées d'acide phénique (0 gr. 25). Les injections ne peuvent être continuées à cause de la résistance de la malade. T. 41 degrés. 1 gramme de chloral pendant la nuit.

7 mars. — Nuit agitée après le chloral. T. 41°4. Bains froids. Bain à 10 h. 1/2 du matin. T. après le bain 37 degrés. A 3 heures, T. 41°2. Bain. A 5 heures, T. 36°1. A 8 heures, T. 39 degrés. 2 grammes de chloral pendant la nuit.

8 mars. — A 8 heures, 41 degrés. Nuit assez calme. Une selle. A 9 heures, après la toilette, 40 degrés. Deux bains dans la journée. Taches très nombreuses sur la poitrine et le ventre. Malade toujours très prostrée. Le soir, vers 8 heures, extrémités froides. Frissons.

9 mars. — A 6 heures du matin, 41 degrés. Deux bains dans la journée. Une selle.

10 mars. — Nuit assez bonne. A 6 h. 1/2, 40°5. Deux bains. Etat plus satisfaisant. Tousse un peu. A 8 h. 1/2, 38°3.

11 mars. — Bonne nuit. T. m. 40°2. Bain.

12 mars. — A 8 h. 30, T. 40 degrés. Pouls et respiration assez calmes. Un bain.

13 mars. — Nuit excellente. T. m. 39°5. T. v. 40°8. Un bain.

14 mars. — T. 40°8. Deux bains.

15 mars. — Bonne nuit. A 8 h. 1/2, T. 39°. Un bain. Le foie est dur à la palpation. Il déborde en bas les fausses côtes de 3 centimètres. Ventre ballonné et un peu sensible. Une selle dans la nuit. La journée est bonne. T. v. 39°3. Malade calme et assoupie.

16 mars. — Nuit excellente. T. m. à 6 h. 1/2, 39 degrés. Pas de bain. Le mieux s'accroît. Une selle dans la journée. T. v. = 41°. Un bain.

17 mars. — T. = 39°6. Pas de bain. Sur le front, la face, le cou, taches rosées analogues aux taches abdominales. Depuis le matin, quatre selles ordinaires. Température à 4 heures, 38°5. A 8 heures du soir, 40 degrés. Pas d'albumine.

18 mars. — T. m. 39° 2. Un bain. L'amaigrissement est extrême, la peau très amincie et rouge au niveau du sacrum. Température à 4 heures, 39° 5; à 8 heures, 40 degrés.

19 mars. — Température à 7 heures = 39° 9. Nuit assez bonne. Ce matin, douleurs dans le ventre, qui est toujours tendu et ballonné. Rien d'inquiétant cependant de ce côté. Foie toujours très volumineux. Au niveau du pli inguinal gauche, un peu d'empatement douloureux à la pression; même chose dans l'aisselle droite, où l'on applique habituellement le thermomètre. Cataplasmes. Température à 4 h. 1/2 40°5. P. = 100.

20 mars. — Un peu d'agitation la nuit. Taches de purpura sur les jambes ainsi que sur la grande lèvre gauche. Depuis plusieurs jours, l'enfant tousse davantage et sa respiration est plus gênée. A l'auscultation, nombreux râles muqueux dans toute la poitrine. Soir, T. = 40° 4. Chloral. Extrait thébaïque.

21 mars. — T. m. 39° 4. A bien dormi et a eu plusieurs selles. La peau commence à s'ulcérer. T. v. = 40°5.

22 mars. — T. m. = 38 degrés. Bonne nuit. Ventre toujours ballonné. T. v. = 39 degrés. On peut considérer la fièvre typhoïde comme terminée.

23 mars. — T. m. = 38 degrés. Nuit excellente. L'enfant se sent beaucoup mieux et a bonne mine. Mange pour la première fois un œuf. Un abcès au niveau du pli inguinal gauche et un autre dans l'aisselle droite. A 1 heure, la mère de l'enfant vient la voir, et lui fait manger en cachette de petits gâteaux. T. v. = 40° 5. Un peu de subdelirium vers 8 heures.

24 mars. — T. m. = 39 degrés. Nuit assez bonne sauf un peu d'agitation. T. v. = 39° 2.

25 mars. — T. m. = 38° 6. Bonne nuit. Plusieurs selles. L'abcès ouvert ne suppure plus. T. v. = 40 degrés.

26 mars. — T. m. = 40° 8. Ballonnement du ventre plus prononcé. Le malade n'a pas dormi de la nuit. On supprime toute alimentation autre que le lait et le bouillon. T. v. = 40° 6. Un bain.

27 mars. — T. m. = 39° 8. Ventre très distendu. Le ballonnement remonte jusqu'aux fausses côtes au niveau desquelles on constate à droite une saillie douloureuse à la pression. Pouls très fréquent à peine perceptible. Large compresse mouillée et glace sur le ventre. Le soir, pouls imperceptible aux radiales. Le facies prend le caractère abdominal. Douleurs abdominales continues. T. v. = 37° 8.

28 mars. — Mauvaise nuit. Toux et gémissements constants. Le météorisme a augmenté. T. = 37° 8. Pouls imperceptible à la radiale. 114 pulsations au cœur. Œdème des pieds et de la main gauche. Trois selles dans la nuit. T. v. = 37° 5.

29 mars. — T. m. = 36° 6. Etat de plus en plus grave. On supprime les applications de glace, qu'on remplace par le collodion à cause de l'abaissement de la température, et, le soir, elle atteint 39° 1.

30 mars. — T. m. = 39° 9. A 1 heure, mort sans agonie.

Autopsie. — Dans la cavité péritonéale, liquide citrin clair; dans tout le côté gauche, le péritoine est tapissé de fausses membranes remontant jusqu'au foie. A ce niveau, fausses membranes plus épaisses et adhérences assez résistantes entre la face inférieure du foie et l'intestin grêle. Le liquide compris entre les cloisons pseudo-membraneuses est filant et coloré par la bile. Il est assez abondant, s'est infiltré dans le tissu cellulaire périrénal et a pénétré dans la fosse iliaque. Vésicule biliaire très distendue, à parois très épaisses et contenant un liquide jaune filant comme celui de l'épanchement. Dans l'épaisseur des parois, deux saillies ressemblant à de petites plaques de Peyer. Deux perforations complètes faites, pour ainsi dire, à l'emporte-pièce et dues

certainement à l'ulcération de plaques semblables à celles que nous venons de signaler; dans leur voisinage, sur plusieurs points, la muqueuse cystique est ulcérée.

Intestin. — Les lésions des follicules clos et des plaques de Peyer sont presque entièrement réparées. Les ganglions mésentériques sont presque revenus à leur volume normal.

OBSERVATION XXI. — **Abstention. Mort.**

Cholécystite suppurée au cours d'une fièvre typhoïde. — Rupture de la vésicule biliaire. — Péritonite généralisée.
(Anderson, *Medical news*, 1896.)

Jean S..., soixante-sept ans, admis le 16 septembre 1895 à l'hôpital de Toronto. Jusqu'au 6 juillet, bien portant, il put travailler dans le Détroit. C'est à cette époque qu'il tomba subitement malade : frissons, fièvre, vomissements, diarrhée, douleurs abdominales généralisées. Les frissons se montrent pendant quelques jours. On le traite par la quinine et, en août, bien qu'étant encore fatigué, il essaie de reprendre son travail. Mais il ne tarde pas à l'abandonner, car son état s'aggrave. Trois fois par jour, frissons, céphalée intense, fièvre, diarrhée, vomissements. Il se plaint de violentes douleurs abdominales, qui siègent principalement dans l'hypocondre droit. On le traite encore pour la malaria; il prend de la quinine : pas de soulagement.

Il quitte le Détroit pour retourner dans l'Ontario. Mais, en passant à Toronto, il est obligé d'entrer à l'hôpital, ne pouvant continuer sa route. A ce moment, l'examen du sang fait exclure la malaria. Malade bien constitué. Sa température varie de 102 degrés F. à la normale. Pouls entre 80 et 100, petit et peu tendu. Langue rouge, tremblotante, tendance à la sécheresse.

Partie droite de l'abdomen bombée, tendue. A gauche, au contraire, plutôt relâchement. Palpation et percussion

douloureuses à droite avec maximum dans la région hépatique; cette douleur empêche d'explorer le foie. Rate pas accessible. Pas d'éruption. Rien dans les urines.

5 jours après l'entrée à l'hôpital, la douleur et l'empatement disparaissent. Le malade se trouve très bien. Cependant une sensibilité générale, peu intense, il est vrai, occupe tout l'abdomen. $T = 102,3/5$ F.

Le lendemain soir $T = 103$ F. Le matin, température normale. Pouls 112, 128, faible. Evacuation alvine involontaire.

Les jours suivants, l'état s'aggrave. Coma. Mort onze jours après l'entrée à l'hôpital.

Autopsie. — Péritonite généralisée. Quantité considérable de liquide brun jaunâtre. Anses intestinales reliées entre elles par des adhérences inflammatoires. A l'extrémité inférieure de l'iléon, ulcérations des plaques de Peyer.

Foie : 1815 grammes, mou, congestionné. Canal cystique obstrué par de petits calculs. Sur la muqueuse de la vésicule, petites plaques ulcérées entre lesquelles la muqueuse est rouge, congestionnée. Sur la partie droite de la vésicule, vers le fond, une de ces ulcérations est perforée. Vésicule dilatée. Parois minces et reliées par des adhérences au foie.

Rate : 170 grammes. Les autres organes ou cavités ne présentent rien de particulier.

Des cultures sur sérum et sur bouillon furent faites avec du liquide recueilli dans le péritoine et dans la vésicule. Dans les deux cas, on trouva le bacille d'Eberth.

OBSERVATION XXII. — **Abstention. Mort.**

Cholécystite phlegmoneuse post-typhique (Schlier, *Archiv. für klinische Medicin.* — Traduction personnelle).

H..., tailleur, dix-neuf ans, admis le 29 août 1890, avait souffert déjà six jours de fatigue, céphalée, diarrhées profuses. A l'entrée, fièvre élevée, forte tuméfaction de la rate, taches rosées et légère bronchite, selles habituelles de

la fièvre typhoïde. Bains froids et plus tard quinine le soir.

18 septembre (20 jours après le début). — La fièvre était au stade des oscillations descendantes et, en dehors du pouls très dicrote, l'état du malade était satisfaisant. Selles, depuis quelques jours, fermes, normalement colorées. Le 18 septembre, douleurs dans le côté droit du ventre, surtout vers la région du cœcum mais bientôt vers la région du foie. A cause de la douleur, une recherche précise était impossible. Cependant une résistance insignifiante était constatable. Fièvre élevée ce jour-là et le suivant. Pas de selles.

22 septembre. — Modification dans la coloration de la peau de l'abdomen et de la partie inférieure de la poitrine qui étaient panachées et tachetées, modifications que l'on ne pouvait pas faire disparaître et avaient l'aspect d'extravasations veineuses : les taches se multiplièrent les jours suivants sur les points où le malade s'était gratté, à tel point que le 26 presque tout le ventre en était couvert. Température élevée.

23 septembre. — Furent spontanément éliminées de grosses masses de matières non colorées argileuses, alors que depuis le 19 les selles avaient manqué. Pas de teinte ictérique. La température tomba à la normale.

24 et 25 septembre. — A plusieurs reprises, matières semblables avec un état qui ne s'était d'ailleurs pas modifié. Température autour de 37 degrés. Le soir du 25 septembre, extension des douleurs à tout le corps.

26 septembre. — Enflure de celui-ci ; dyspnée ; ascension thermique.

27 septembre. — Mort dans le collapsus.

Autopsie. — Dans les plèvres, léger épanchement de sérosité ; légères adhérences. Poumons partout très œdématisés ; lobe inférieur gauche, plusieurs petits foyers de pneumonie récents. Péricarde : épanchement plus considérable. Cœur normal.

A l'ouverture de la cavité abdominale qui est énormément

dilatée, s'écoule un liquide abondant, orangé. Anses intestinales par endroits agglutinées les unes contre les autres par des caillots gélatino-fibrineux. Séreuse injectée et par endroits recouverte d'extravasats.

Dans l'hypocondre droit, cavité de la grosseur d'un poing d'homme avec un contenu fortement coloré par la bile mélangé de flocons. Elle est dans tous les sens parfaitement fermée et revêtue par une membrane fibrineuse, qui, à la surface, paraît fibrineuse et colorée intensivement en ocre. Elle est limitée par le lobe droit du foie, le sommet de la vésicule biliaire qui s'y loge, vers les autres côtés par l'estomac et les anses intestinales agglutinées.

Vésicule biliaire modérément distendue ; bile ocre, glaireuse. Sur la muqueuse, en divers endroits, forte déhiscence du tissu ; par les petites ouvertures, jaillit, comme d'un tamis, un contenu épais, vert d'herbe. Sur une coupe, à ces points correspondent dans la paroi, sous la muqueuse, des foyers de décomposition qui séparent la muqueuse des parties sous-jacentes sur une étendue plus ou moins considérable. Au sommet de la vésicule biliaire, s'élevant dans la cavité décrite, une saillie grosse presque comme une cerise, où l'on voit une perforation grosse comme une épingle, et qui, à la coupe, se présente comme une cavité sous-muqueuse renfermant du tissu de nécrose et des masses vert d'herbe purulentes.

Tissu du foie tendre, brun pâle, taches jaune pâle. Veine porte, veine cave, canaux biliaires normaux. Ganglions du hile moyennement gonflés.

Sur la muqueuse gastrique, nombreuses hémorragies, qui traversent les parois jusqu'à la séreuse. A celles-ci confine la muqueuse gastrique normale qui porte les extravasations fines et punctiformes et des pigmentations panachées.

A l'extrémité inférieure de l'intestin grêle, plusieurs débris de muqueuse arrondis, lisses avec des pigmentations punctiformes noirâtres. Ganglions mésentériques tuméfiés,

pigmentés. Rate moyennement hypertrophiée : capsule chargée de fibrine, tissus brun sombre, friables, reins normaux.

Au microscope. — Le liquide s'écoulant des fentes du tissu aussi bien que le contenu de l'abcès perforé montre les éléments constitutifs essentiels du pus. Bacilles typhiques. Streptocoques.

OBSERVATION XXIII. — **Abstention. Mort.**

Accidents péritonitiques consécutifs à une cholécystite suppurée avec perforation de la vésicule biliaire au début d'une fièvre typhoïde (Legendre, Bull. Soc. anatomique de Paris).

Sarah L..., couturière, trente ans, entre le 28 février 1881 dans le service de M. R. Moutard-Martin. Elle a soigné, il y a un mois, sa petite fille atteinte de fièvre typhoïde. L'enfant entraînait en convalescence lorsque la mère éprouva un malaise assez marqué pendant une huitaine de jours ; elle se sentait courbaturée, sans appétit, dormait peu ou mal. Ses règles vinrent plus abondamment que de coutume, mais elle n'eut pas d'épistaxis.

Tout d'un coup, huit jours avant son entrée (20 février), elle éprouva un matin de violentes douleurs abdominales et des nausées, qui furent suivies de vomissements abondants, verdâtres et très amers. Elle s'alita et, depuis lors, la fièvre ne l'a pas quittée. Elle ne mange pas, vomit souvent et souffre d'une soif ardente. Depuis hier, diarrhée jaune, liquide, fétide et très abondante. Sifflements et bourdonnements d'oreilles. Vertiges quand elle s'assied sur le lit. Ventre ballonné, douloureux à la pression, surtout à droite et à la partie supérieure. Dans la région lombaire, quelques taches rosées lenticulaires. Température anale, 40 degrés.

1^{er} mars. — Même état. Vomissements porracés. Céphalgie. Vives douleurs dans l'abdomen. Hyperesthésie mo-

dérée de la paroi. Température anale, matin, 39°9. Diagnostique : fièvre typhoïde avec accidents péritonitiques par propagation de l'inflammation des plaques de Peyer. Onctions avec onguent napolitain. Sangsues. Extrait de quinquina. Limonade vineuse glacée. Soir, température anale, 39°6.

3 mars. — Même état, plus un peu de dyspnée ; peu de rhonchus dans la poitrine. T. 39°7 et 40°1.

4 mars. — Facies grippé. Recrudescence de douleurs et de vomissements. Dyspnée extrême. Refroidissement des extrémités. Sueurs abondantes. Mort dans la nuit.

Autopsie. — Distension des anses intestinales par les gaz. Pus dans la cavité péritonéale surtout abondant dans la région de l'hypocondre droit, où se trouvent de fausses membranes récentes et une vive rougeur du péritoine pariétal. Le pus s'écoule d'une perforation lenticulaire à bords irréguliers située au fond de la vésicule biliaire. Celle-ci est pleine de pus et renferme trois calculs. Estomac et côlon très friables. Muqueuse gastrique rouge violacée, ecchymotique, exulcérée en quelques points. Tous les éléments lymphoïdes isolés ou agminés d'un bout à l'autre du tube digestif sont tuméfiés, infiltrés, mais sans ulcération. Plaques de Peyer volumineuses, turgescents et molles. Psorentérie confluyente dans le gros intestin et jusque dans le rectum. Foie volumineux, un peu mou, sans lésions apparentes. Rate volumineuse, de consistance plutôt ferme. Ganglions mésentériques friables. Poumons modérément congestionnés.

OBSERVATION XXIV. — **Abstention. Mort.**

Cholécystite typhoïde ignorée pendant la vie. Mort au septième septénaire (Chiari, Mercredi Médical).

Garçon de douze ans qui, depuis un mois, était souffrant avec des symptômes consistant en fièvre, abattement,

assouplissement et constipation. Le 2 avril, est reçu à l'hôpital israélite de Prague, où l'on trouve, à côté d'une température assez élevée, une tuméfaction de la rate et des nausées. L'état resta le même jusqu'au 12 avril, quand l'enfant fut pris de collapsus passager ; le 14, melœna ; le 16, signes très nets de pneumonie, Mort le 17.

Autopsie. — Tableau classique de la fièvre typhoïde de l'intestin. Aux bases des deux poumons, foyers de broncho-pneumonie. Rate petite, pâle, dure. Ganglions mésentériques non tuméfiés. Vésicule biliaire remplie de pus et présentant sur ses parois plusieurs plaques de nécrose. Face externe recouverte d'un exsudat fibrineux. Même exsudat sur la partie supérieure du péritoine. Pas de modifications du côté des voies biliaires et du duodénum. Erosions hémorragiques récentes à la surface de la muqueuse stomacale.

Bactériologie. — Le bacille qui se trouvait à l'état de culture pure dans la vésicule et dans l'épaisseur de ses parois était le bacille d'Eberth.

OBSERVATION XXV. — **Abstention. Mort.**

Cholécystite suppurée dans la convalescence d'une fièvre typhoïde. Diagnostic d'appendicite. Résection de l'appendice. Mort (Jacob, in th.).

J... Albert, quatorze ans, guéri d'une fièvre typhoïde soignée dans le service de M. Sevestre, doit quitter l'hôpital dans deux jours. Il est pris subitement, le 13 août, d'une douleur du côté droit de l'abdomen au voisinage de l'ombilic. Rien dans la fosse iliaque droite. Le soir, vomissements. T. 37°2.

14 août. — Douleur très vive ; pression mal supportée du côté droit, mais très haut, au-dessous des fausses côtes et, à ce niveau, muscles contracturés. Partout ailleurs, ventre

souple. Opium. Glace. Le soir, il y a de plus des douleurs lombaires. T. = 38°,5. Pouls 100. Pas de dyspnée.

15 août. — Vomissements. T. = 37°,5. Pouls 120, irrégulier. Même état local le soir. La douleur est devenue insupportable. Ventre ballonné. Facies très mauvais. Pouls petit. On croit avoir affaire à une péritonite généralisée d'origine appendiculaire avec appendice situé très haut. Laparotomie. Incision de 8 centimètres le long du bord externe du droit. Epiploon épaissi, vascularisé; anses intestinales rouges, dépolies, avec quelques fausses membranes, pus dans le bassin. L'appendice, assez difficile à trouver, est rouge, couvert de fausses membranes, mais ne présente pas de perforation. Il est réséqué. Drainage. Pansement. Pas d'amélioration. Le malade meurt dans la journée du 17.

Autopsie. — On trouve une cholécystite suppurée.

OBSERVATION XXVI. — **Abstention. Mort.**

Cholécystite typhoïde au deuxième septénaire. — Diagnostic de perforation intestinale. — Exploration de l'intestin, mort (Goundegger, cité par Lejars, *Semaine médicale*, juin 1906).

Un dothiénentérique de vingt-huit ans est pris, au huitième jour, de douleurs abdominales violentes et de vomissements. A l'examen de l'abdomen, on ne peut rien préciser; toutefois, dans les jours qui suivent, une sensibilité très marquée à la pression s'accuse dans la zone sous-hépatique et les conjonctives prennent une teinte ictérique.

Onze jours après, seconde crise douloureuse sans vomissements cette fois, mais avec une dépression générale profonde, une tuméfaction et une sensibilité rapidement étendues à la moitié droite du ventre. On fait le diagnostic de péritonite par perforation. On intervient : dans le ventre, on trouve, en effet, tous les signes d'une péritonite aiguë, mais on ne découvre pas de perforation intestinale.

La mort a lieu le surlendemain et c'est à l'autopsie que se révèle une cholécystite ulcéreuse avec perforation.

OBSERVATION XXVII. — **Abstention. Mort.**

Cholécystite perforante typhoïdique précoce. — Diagnostic de péritonite. — Exploration du péritoine (Vedel et Rimbaud, *Presse médicale*, décembre 1906).

Femme de trente-cinq ans, enceinte de sept à huit mois, entre dans le service de M. Carrieu. Depuis cinq jours, un peu d'anorexie, de fatigue, quelques frissons. Soudain, dans l'abdomen, violente douleur « comme si quelque chose se cassait dans l'estomac ». Le lendemain, vomissements porracés. Constipation absolue. Abdomen douloureux, surtout au creux épigastrique, un peu à gauche de la ligne médiane. Ventre souple. Bruits du cœur fœtal bien perçus. Quarante-huit heures après, l'état s'est aggravé : abdomen extrêmement douloureux et très tendu. Facies grippé. La température, qui oscillait entre 38°,5 et 39°,3, tombe brusquement à 35°,1. Pouls faible à 115. En présence de ce syndrome péritonéal, laparotomie par M. Jeanbrau. Pas de trace de péritonite dans l'étage inférieur. L'utérus gravide gêne l'exploration. On referme la plaie. La malade meurt deux jours après.

Autopsie. — A la face antéro-inférieure du foie, foyer de péritonite avec fausses membranes. Clavier purulent entourant la vésicule. Celle-ci est distendue et présente, au niveau du collet, une ulcération du volume d'un pois d'où s'écoule une bile muco-purulente. Sur la muqueuse, ulcérations assez profondes à bords nets; l'une d'elles se poursuit jusqu'au niveau du cholédoque, et un stylet introduit dans son trajet vient ressortir au niveau de la perforation extérieure. Petit calcul.

Sur l'intestin, plaques de Peyer épaissies, gaufrées; les plus rapprochées de la valvule iléo-cæcale étant légèrement

ulcérées à leur centre. Pas de lésions spéciales au niveau des autres organes.

Bactériologie : la culture de la bile permet d'isoler un bacille présentant tous les caractères de culture du bacille d'Eberth.

Voici, par contre, quelques résultats satisfaisants obtenus par l'évacuation et le drainage ou le tamponnement du contenu septique de la vésicule biliaire :

OBSERVATION XXVIII. — **Intervention. Guérison.**

Cholécystite typhique perforante. — Laparotomie. — Guérison (Scheild et Williams Monnier, *Lancet*, Londres).

Femme, trente et un ans. Entrée le 18 septembre 1894.

Etat actuel. — Cette malade, au deuxième jour d'une affection fébrile, est prise d'une douleur soudaine et très aiguë dans l'abdomen avec collapsus marqué en même temps que le pouls faiblissait. La température de 39°2 tomba à 37°2. La respiration est de 20 par minute. La rate est hypertrophiée. Le ventre ballonné.

Diagnostic : le 21 septembre, on diagnostique fièvre typhoïde.

23 septembre. — Cinq jours après l'entrée, on soupçonne une perforation intestinale. Cependant, les accidents se calment.

28 septembre. — La guérison était considérée comme certaine, mais la température restait entre 39°2 et 39°6. Pouls 110. Langue humide et propre.

Durant la quatrième semaine, la température tomba en lysis, et la malade était en convalescence.

30 octobre. — Elle ressent de nouveau une douleur assez vive au niveau de l'angle du côlon ascendant et du côlon

transverse, et on trouve au palper une zone du volume d'une orange, très sensible et mate à la percussion.

30 octobre. — L'état est très grave : tympanisme abdominal, sensibilité très vive de l'abdomen à la palpation, surtout à droite, au-dessus de l'ombilic. Température 39°4. Pouls 140 très faible. Extrémités froides. L'état semble désespéré. On pense de nouveau à une péritonite par perforation, et l'on juge une intervention nécessaire.

Opération. — Le 1^{er} novembre, laparotomie médiane. On trouve l'intestin distendu, les anses intestinales sont rouges, congestionnées, recouvertes de fausses membranes purulentes. Aucune lésion du côté de l'intestin. Dans l'hypocondre droit, pus dans le foie. Vésicule biliaire non distendue, enflammée et adhérente, de couleur brun violet, dure, épaissie et présentant dans le voisinage de son col une ulcération plus large qu'une pièce de 10 centimes. Le contenu de la vésicule s'écoule à ce niveau sous l'influence de la pression. Ouverture aux ciseaux du fond de la vésicule ; il s'écoule une once et demie de liquide épais non mélangé de bile, des éponges placées au-dessous pour protéger la grande cavité péritonéale. La vésicule apparaît comme un sac purulent, probablement sans communication avec les voies biliaires. Elle est nettoyée à l'aide d'éponges. Dans son intérieur, il n'existe aucun calcul. Les parois sont si friables que la suture de la vésicule est impossible. Son ablation semblant devoir demander un temps trop long, l'incision du fond est fixée au péritoine pariétal. La région hépatique est lavée à l'eau chaude et éponagée. L'intestin étant énormément distendu, une ponction oblique est faite dans le côlon ascendant. Issue d'une grande quantité de gaz par pression sur l'extrémité inférieure de l'intestin. L'intestin s'affaisse et est replacé dans la cavité abdominale après avoir été nettoyé. Un tube de verre est introduit profondément dans l'arrière-cavité des épiploons ; il est largement entouré de gaze aseptique, de façon qu'il aplatisse la vésicule contre la face inférieure du

foie et empêche tout contact entre celle-ci et les anses intestinales. L'opération dure une heure.

Le soir, état assez mauvais. L'amélioration commence.

3 novembre. — La gaze qui entoure le tube est enlevée avec quelques difficultés ce même jour. Les jours suivants, il se fait par le drain un écoulement purulent, mais absolument dépourvu de bile. Le tube de verre est remplacé par un tube de caoutchouc. Le 11 novembre, la malade commence à s'alimenter par la bouche. Le drain est enlevé le 15 novembre.

OBSERVATION XXIX. — **Intervention. Guérison.**

Un cas de cholécystite typhique calculeuse (Rokitzi, Centralblatt für Chirurgie).

La malade, âgée de vingt-six ans, à la fin de la troisième semaine d'une fièvre typhoïde, est confiée aux chirurgiens pour une cholécystite suppurée. Six jours plus tard, ouverture de la vésicule biliaire, qui est solidement recouverte par l'épiploon et est complètement remplie de calculs mous de cholestérine. Dans le pus et au centre des calculs, bacilles typhiques. Chute de la température dix-sept jours après l'opération.

OBSERVATION XXX. — **Intervention. Guérison.**

Cholécystite aiguë à bacille d'Eberth dans le cours d'une fièvre typhoïde. — Cholécystostomie. — Fistule biliaire. — Cholécystectomie partielle. — Calculs biliaires. — Guérison.

Louise J..., vingt-quatre ans, ménagère. Entre dans le service de M. Chantemesse, le 17 décembre 1903.

Antécédents. — De quatre à huit ans, diphtérie, rougeole, scarlatine; à dix ans et demi, « fièvre muqueuse » ;

à treize ans, hydarthrose du genou gauche ; à dix-sept ans, est soignée comme neurasthénique.

Elle s'est alitée il y a huit jours (donc le 9 décembre) parce qu'elle souffrait violemment de la tête et qu'elle éprouvait un affaiblissement considérable. Pendant cette période de huit jours, ni vomissements, ni épistaxis, mais bourdonnements d'oreilles, vertiges. De plus, chaque soir, la température était plus élevée que celle de la veille. Trois jours avant son entrée, la température était de 40 degrés.

17 décembre. — A l'entrée, facies pâle, légèrement anxieux, paraît plutôt délirante que prostrée, répond bien aux questions.

On remarque cependant un peu de surdité. Langue saburrale sur le dos, rouge sur les bords. Ni nausées ni vomissements. Diarrhée jaune ocreuse légère. Sur l'abdomen, éruption discrète de taches rosées lenticulaires. Ventre souple et indolore. Gargouillements dans la fosse iliaque droite. Rate augmentée de volume. Poumons : râles sibilants et ronflants aux deux bases.

Rien au cœur. T. 39°5. Urines en petite quantité renferment peu d'albumines. Séro-diagnostic positif.

19 décembre. — La température s'est un peu abaissée : 39 degrés. La malade se trouve bien. Pas de diarrhée.

21 décembre. — Facies un peu plus pâle que la veille. Yeux cernés.

Langue sèche et très saburrale. T. 39°2. Pouls 95.

22 décembre (5 jours après l'entrée). — Dès le matin, vives douleurs dans les deux régions lombaires, douleurs s'exaspérant par la pression. Un peu d'albumine dans les urines. A 11 heures du matin, la température s'est abaissée à 37°8. A midi, la douleur s'est déplacée : elle est localisée aux lombes droites : toujours très intenses. A 2 heures, la température s'est encore abaissée à 36°8. Pouls à 88. Douleurs toujours vives. Elles paraissent moins violentes que celles de la perforation intestinale à début brusque.

La malade s'endort, ce qui ne s'observe pas dans la per-

foration intestinale se produisant brusquement. De 2 heures à 11 heures du soir, on suit attentivement la malade. La température s'élève progressivement de 37 degrés à 40. Pouls plus fréquent : 110. Douleur nettement localisée dans la fosse iliaque droite. Exaspérée par la pression en un point précis correspondant au bord externe du grand droit au-dessus du point de Mac Burney. A ce niveau, et à ce niveau seulement, plaque de résistance musculaire large comme une pièce de 5 fr. Le reste de la paroi est souple, se laisse déprimer sans causer de souffrances.

A aucun moment, à l'encontre de ce qui s'observe dans la perforation intestinale à son début, le ventre n'est rétracté.

Vers 8 heures du soir, un vomissement. D'autre part, il n'y a eu ni évacuation gazeuse, ni évacuation de matières fécales.

M. Gosset, appelé, n'admet pas la perforation intestinale. Boutonnière exploratrice sur le bord externe du droit. Pas de liquide dans le péritoine. Grand épiploon sain, ainsi que les anses intestinales. Vésicule biliaire distendue, turgescente, de couleur violacée. La ponction montre un liquide séro-purulent mélangé de glaires, en quantité assez considérable (250 gr.). La vésicule biliaire est abouchée à la paroi. L'opération, commencée à 2 heures du matin, est terminée à 2 h. 35. A 5 heures du matin, T. 39°8. A 8 h. 40, pouls à 110. Etat général bon.

Bon état général les jours suivants.

19 février. — Cholécystectomie partielle, douze calculs de la grosseur de petites noisettes dans la vésicule. Suture au péritoine. Drainage de la vésicule.

Suites opératoires excellentes. La malade sort guérie le 18 mars.

OBSERVATION XXXI. — Intervention. Guérison.

Cholécystite purulente typhique au septième septénaire. —

Opération. — Guérison (Landrieux et Blondin, *Bull. Soc. méd. hôpit.*, Paris, février 1905).

Anna A..., vingt-cinq ans, en était environ au trente-sixième jour de sa dothiéntérie, la température était inférieure à 38 degrés. Depuis six jours, l'état général paraissait meilleur. Subitement, le matin, douleur très vive au niveau de l'hypocondre droit. Presque aussitôt, nausées et vomissements verdâtres. La douleur arrache des plaintes à la malade et l'oblige à s'agiter dans son lit pour prendre les positions les plus bizarres.

Quand nous voyons la malade, T. 37°4. Pouls régulier et normal à 86. Teint légèrement jaunâtre. Examen du ventre difficile. Défense musculaire totale dans la moitié droite de l'abdomen ; la moitié gauche est à peu près souple. Pas de ballonnement. Pas de point appendiculaire. Hyperesthésie plus manifeste au niveau de la région hépatique sous le rebord costal droit. Pas d'obstruction intestinale. Rien au toucher vaginal. Ni albumine, ni pigments biliaires dans les urines. 1 centigramme de morphine et applications de glace. Le soir, la température monte à 38°9. Douleurs toujours vives. Les vomissements bilieux se sont répétés à deux ou trois reprises. Pouls régulier et fort à 92. Le facies n'est pas mauvais. L'état de l'abdomen n'a pas changé.

Le lendemain matin, T. 37°8, souffrances moins vives. Palpation plus facile. Douleur mieux localisée au niveau de la vésicule. En ce point, matité nette et douleurs vives.

Le professeur agrégé Cunéo vient examiner la malade et l'intervention chirurgicale est décidée vingt-six heures après le début des accidents. M. Cunéo découvre la vésicule, détruit aisément au doigt quelques adhérences et fausses membranes existant déjà autour de la vésicule. Celle-ci

est protégée et incisée. Il s'écoule de la bile fluide, puis du pus véritable. La vésicule est nettoyée, débarrassée de trois ou quatre calculs. Les canaux sont reconnus libres. La vésicule est abouchée à la peau suturée et drainée. Un litre de sérum.

Les suites opératoires sont bonnes. Aujourd'hui, plus de trois semaines après l'opération, la malade est considérée comme guérie.

OBSERVATION XXXII. — Intervention. — Guérison.

Cholécystite typhoïde quatorze jours après la défervescence. — Cholécystostomie. — Guérison (Lejars, *Semaine médicale*, juin 1906).

Une femme de trente-cinq ans, forte et de volumineux embonpoint vient d'être atteinte d'une fièvre typhoïde des mieux caractérisées mais sans accidents spéciaux. La défervescence s'est produite il y a douze jours. La convalescence est établie et régulière.

Tout à coup, au quatorzième jour, le lendemain d'une première et courte sortie en voiture, la température remonte à 39°5, le pouls est à 120, le ventre devient douloureux, il se ballonne un peu, il est tendu et résistant surtout dans sa moitié droite; pourtant il n'y a pas de vomissements mais quelques nausées.

Le jour suivant, la situation s'aggrave, le facies est mauvais, la fièvre persiste à 40 degrés. Nous voyons la malade à la fin de la journée et notre impression est des plus défavorables.

Pouls petit, à 130. Ventre, dont la paroi graisseuse très épaisse ne permet qu'une palpation incomplète, douloureux sur toute sa surface mais beaucoup plus à droite, de l'arcade costale au pli inguinal, et sans qu'il soit possible de déterminer une localisation plus nette; les urines sont rares sans albumine. Le début brusque des accidents, la dépres-

sion du poulx, le ballonnement et la sensibilité très étendue du ventre font penser à une perforation intestinale; en tout cas, la laparotomie paraît s'imposer et le pronostic final semble des plus réservés. Nombreuses injections sous-cutanées de sérum artificiel dans la nuit et, dès le lendemain, opération.

Opération. — La température était de 39° 5, le poulx toujours au-dessus de 120 et très mauvais; pourtant le facies était moins déprimé, et l'absence de vomissements, la limitation persistante au côté droit, les douleurs abdominales surprenaient un peu.

J'incisai le long du bord externe du droit exactement dans la région douloureuse: le péritoine ouvert, je n'y trouvai qu'un peu de liquide séreux, pas de pus, pas de matières intestinales; j'attirai le cæcum et l'iléon: aucune trace de perforation, aucune zone suspecte ne furent découvertes; l'appendice libre était d'aspect tout à fait sain. Je prolongeai en dedans l'exploration intestinale sans rien voir de plus; je continuai alors mon incision jusqu'à l'arcade costale, et là, très profondément, car l'adiposité était considérable, je sentis une grosse vésicule; elle fut isolée, dégagée et attirée le plus possible à la plaie; elle était énorme, rouge, entourée d'adhérences récentes; je la ponctionnai et retirai une abondante quantité de pus phlegmoneux: ceci fait, je l'incisai, et une nouvelle quantité de pus s'écoula de la profondeur, mêlé d'un peu de bile noirâtre; au fond de la cavité vidée, cinq calculs, qui furent extraits. Le long du cystique, on ne sentait rien. Finalement, l'incision vésiculaire fut réunie à la paroi, la vésicule drainée, une mèche disposée au-dessous d'elle et le reste de la plaie réunie.

La température tombait dès le lendemain matin; elle fut de 38 degrés le soir pendant une dizaine de jours, puis toute fièvre disparut. Les autres accidents cessèrent, l'état général redevint satisfaisant. Peu de liquide s'écoula d'abord de la vésicule, marsupialisée, puis la bile franche se montra. Au bout de vingt-cinq jours, le suintement biliaire était tari, la

plaie cicatrisée n'était plus représentée que par une petite surface granuleuse, et la malade, rétablie, partait en convalescence.

OBSERVATION XXXIII. — Intervention. Guérison.

Cholécystite typhoïde au 5^{me} septénaire. Cholécystectomie. Guérison (Erdmann, *New-York Med. Journ.* avril 1903).

Une typhoïdique de quarante-six ans est prise subitement à la cinquième semaine de vives douleurs abdominales et de fièvre (39°), le pouls est à 120, l'état général est fort mauvais.

Au bout de douze heures, on pratique la laparotomie croyant à une perforation intestinale. Dans le ventre, on trouve de la bile. On remonte vers la vésicule qui est perforée. On fait la cholécystectomie. La malade guérit.

OBSERVATION XXXIV. — Intervention. Guérison.

Fièvre typhoïde. Phénomènes de paralysie intestinale au quatrième septénaire, Anus contre nature. Cholécystite suppurée diagnostiquée au septième septénaire. Cholécystectomie. Guérison. (Due à l'obligeance de MM. Devic et Patel.)

B. Marie-Françoise, épouse D., trente et un ans, ménagère, née à Bussy (Haute-Savoie) demeurant à Lyon, entre le 28 juin 1905 à l'hôpital de la Croix-Rousse dans le service de M. Devic, salle Sainte-Clotilde, lit n° 16.

Elle vient à l'hôpital pour des points de côté datant de quinze jours. Père mort à trente-neuf ans de maladie d'estomac. Mère vivante, bien portante. Elle a soixante-deux ans. La malade était l'aînée d'une famille de trois. Tous ses frères se portent bien. Mariée, mari vivant en bonne santé. Deux enfants vivants (10 et 12 ans). Pas de fausse couche. Pas d'alcoolisme. Pas de spécificité.

Rougeole et coqueluche dans l'enfance. A deux ans, maladie aiguë dont on ne lui a jamais fait connaître la nature. A marché normalement. Pas d'adénite cervicale. Régulée tardivement (à 15 ans 1/2). Ses règles n'ont jamais été régulières ; quoique vaccinée, elle a eu, il y a six ans, une variole soignée à l'hôpital de la Croix-Rousse.

Elle raconte que, tout l'hiver, elle s'est mal portée, faisant son travail avec peine. Elle était très faible quoique mangeant normalement. Elle a souffert beaucoup cet hiver et a vécu de privations. Elle transpirait la nuit. Jamais d'hémoptysie.

Il y a quinze jours environ, quelques frissons, une épistaxis et surtout depuis cette époque violents maux de tête. Les points de côté sont revenus en même temps que les frissons, et la malade est obligée de cesser tout travail. Pendant les quinze jours qui ont précédé son entrée, elle s'est reposée : néanmoins, elle a continué à maigrir.

Etat actuel. — Pas très amaigrie. Assez bon état général en apparence. Facies de fébricitante. Lèvres sèches. Langue saburrale couverte d'un enduit épais. Soif très vive. Toujours mal à la tête. Elle se plaint surtout de ses points de côté. Elle ne crache pas ; mais elle tousse beaucoup surtout la nuit.

Apareil respiratoire. — Thorax non amaigri. Expansion thoracique normale des deux côtés. En arrière : les deux poumons sonnent bien. Pas de différence notable de sonorité entre les deux bases. La base gauche sonne cependant un peu moins bien. Vibrations normales partout. A gauche, on entend le murmure vésiculaire jusqu'à l'extrême base. Partout, il est très pur. Pas de râles à la base. Au sommet gauche, dans la fosse sus-épineuse, murmure vésiculaire net ; après la toux cependant, il semble qu'on ait quelques craquements d'ailleurs très discrets. Pas le moindre souffle. A droite, toujours en arrière, on entend toujours le murmure vésiculaire dans toute la hauteur du poumon sans bruits modifiés ni surajoutés. La respiration est un peu plus

obscuré au sommet droit. Ici aussi, dans la fosse sus-épineuse, on entend quelques rares craquements après la toux (?) Pas de souffle. En avant : les deux sommets sonnent bien. Vibrations égales. Ni râles, ni souffles même dans le creux sus-claviculaire. La respiration paraît peut-être granuleuse sans qu'il y ait de râles. Ni d'un côté ni de l'autre, en auscultant l'aisselle, on n'a trouvé de foyer de râles ni de souffle. Expectoration nulle.

Appareil circulatoire. — La pointe bat dans le cinquième espace intercostal sur la ligne mamelonnaire. Choc normal. Bruits réguliers bien frappés. Le poulx paraît dicrote?

Appareil digestif. — La malade n'accuse aucun trouble digestif. Très mauvaise dentition. Langue sale. Pas d'angine. Ni diarrhée ni constipation. Abdomen absolument indolore, très souple. Cependant un peu de gargouillement dans la fosse iliaque droite. Foie indolore ; ne paraît pas gros. Rate très nettement perceptible.

Pas d'œdème des jambes.

Réflexes rotuliens un peu diminués.

Pas d'écoulement d'oreille.

Urines. — Disque assez épais d'albumine. Pas de sucre.

Température. — 40°1 à l'entrée, 40° le lendemain matin.

Aucune éruption. Elle s'est placé un vésicatoire dans le dos.

Il y a des phlyctènes.

29 juin (soir). — La malade avoue avoir eu de la diarrhée il y a trois jours. Les jours précédents, tantôt elle n'avait pas de garde-robe, tantôt elle allait à la selle en rendant des matières diarrhéiques.

Examen. — Quelques taches rosées peu nettes, peu abondantes sur la face interne des cuisses et sur le ventre. Le grand oblique du côté droit est paralysé. Rate hypertrophiée. En la recherchant sous les fausses côtes, on la sent tomber dans la main. La matité splénique n'est pas très large. Le ventre n'est pas ballonné. Poulx 110. Sur les gencives, au maxillaire inférieur et à droite, une plaque

porcelainée. Rien au pharynx. Température 40. Pas de troubles psychiques.

30 juin. — Pas de taches rosées. Un peu de submatité à la base gauche. Il n'y a de râle nulle part : il n'y en a pas en particulier dans les creux sus- et sous-claviculaires.

Séro-diagnostic typhique positif. — Agglutination complète à 1 pour 10 et 1 pour 30 ; presque complète à 1 pour 50.

1^{er} juillet. — Taches rosées très nettes. Au moins 6.

4 juillet. — Pas d'albumine dans les urines. On sent très bien le foie qui dépasse les fausses côtes et, par-dessus celui-ci, le rein droit.

7 juillet (commencement du quatrième septénaire). — La malade se plaint de son ventre. Elle prétend souffrir beaucoup, comme de brûlures. L'abdomen est devenu plus dur, plus ballonné. Pouls à 104.

La température s'est brusquement abaissée de 38°5 à 37 et même 36°8. Hier elle a eu un type inverse. Cet après-midi, vomissements alimentaires mélangés d'un peu de bile.

8 juillet. — Depuis hier, pas un seul vomissement. Cependant la malade a pris des alibiles en assez grande quantité. Elle se plaint toujours de douleurs spontanées dans la fosse iliaque droite au niveau de la région cæcale et péricæcale. Météorisme très marqué surtout au niveau des côlons ascendant et descendant. Facies un peu grippé. Langue presque dépouillée mais sèche. Pas de selles depuis hier.

Matin. — On a supprimé les lavements. Beaucoup de vents. Glace sur le ventre depuis hier d'une façon permanente.

Respiration : 46 à la minute, très superficielle. Ne se sert pas du tout de son diaphragme.

En raison des phénomènes péritonéaux, M. Devic pense à une perforation intestinale et prie M. Patel d'intervenir. A ce moment, on note une persistance de la matité hépatique, qui serait contre l'hypothèse d'une perforation.

Néanmoins, laparotomie sous-ombilicale (anesthésie légère. Injection de sérum). L'abdomen ouvert, on constate que la cavité péritonéale est libre, sans matières fécaloïdes, sans exsudat séreux. Séreuse congestionnée, un peu dépolie.

Anses intestinales météorisées, rougeâtres. L'attention se porte donc sur le tiers inférieur de l'intestin grêle. Celui-ci est aminci d'une façon extrême; en certains points correspondant à des plaques de Peyer, on aurait pu croire que l'intestin était réduit à la seule couche séreuse. Il n'y a ni péritonite, ni perforation. Cæcum, appendice sains. Il s'agit en somme d'une distension paralytique de l'intestin. Il ne paraît pas prudent de refermer ainsi l'abdomen : le cæcum est fixé à la partie supérieure de la plaie ; avec une pointe de thermocautère, une fistule est aisée, elle livre passage à des gaz ; pas de matières.

La malade supporte bien cette éviscération presque totale.

Le pouls est devenu très rapide et faible pendant l'issue de l'intestin au dehors ; il redevient vite normal, l'opération terminée.

9 juillet. — Etat général peu satisfaisant. Ce matin, pouls 104. Température : 39 degrés. Un peu de muguet. Abdomen très météorisé.

10 juillet. — Pouls 100. On a fait à la malade 500 grammes de sérum artificiel. Météorisme abdominal intense. La malade ne rend aucun gaz. Dans l'après-midi, un vomissement vert.

Séro-diagnostic positif. — Agglutination nette macroscopiquement à 1 pour 10 ; positive au microscope à 1 pour 30 et même à 1 pour 50.

11 juillet. — Pouls régulier et bien frappé à 100. Respiration 32.

Un peu de diarrhée par l'anus. Langue humide mais rouge, vernissée, ressemblant à une langue scarlatineuse. La malade est presque aphone aujourd'hui. Depuis le 8 juillet, veille de l'intervention, elle a de la peine pour

parler. Elle s'alimente mal; elle ne prend que 200 grammes de lait par jour.

14 juillet. — Diarrhée profuse par l'anus sus-pubien. Le ventre n'est pas météorisé ni douloureux. La malade a de la peine à manger. Les yeux sont excavés; les pommettes saillantes. Mais elle ne se plaint pas, elle ne souffre nullement. La langue est rose, humide. La température oscille entre 38 et 38°5. Pouls 108. Rien aux fesses.

15 juillet. — La malade va de mieux en mieux. La température tombe lentement, elle oscille entre 37°8 et 38°5. Langue humide, rose. Pouls à 100 très régulier, bien frappé. La malade ne tousse pas. La diarrhée a un peu diminué. On donne un lavement par le rectum pour débarrasser le bout inférieur. On panse la laparotomie. La cicatrice est bonne. La guérison est complète au point de vue chirurgical.

26 juillet (premier jour du septième septénaire). — A partir du 17, la température descend progressivement. Elle oscille d'abord autour de 37°5, et, les 24 et 25, elle est à 37°3; 37°4. Le 26, légère ascension thermique. La malade a une température oscillant entre 37°5 et 38 degrés. Il s'est fait une suppuration au niveau des deux points de suture voisins de l'anus. Le pus fuse sous la peau de la paroi abdominale. On fait un pansement. La malade ne souffre pas du ventre.

28 juillet. — Ascension un peu plus forte. Température, matin 37°8, soir 38°2. La ligne de suture continue à suppurer. Toujours pas de douleur. La malade n'attire pas l'attention sur sa région hépatique. On pense à une suppuration de la plaie de laparotomie.

29 juillet. — Ascension plus forte encore : matin 38 degrés, soir 38°5. La malade est repassée en chirurgie. A son arrivée en chirurgie, elle prend une température de 40 degrés. On examine son abdomen et l'on constate dans l'hypocondre droit, au voisinage du point cystique, une masse dure, piriforme, à grosse extrémité atteignant l'ombilic,

Cette masse est immobile pendant les mouvements respiratoires. Elle est plaquée contre la paroi abdominale. Quand la malade n'est pas anesthésiée, on pense à un hématome du grand droit ou bien à une cholécystite suppurée. (Il n'y a pas d'ictère, pas de décoloration dans les matières, pas de changement dans les urines.)

Anesthésie légère. Sous l'anesthésie, comme la masse est mobile avec le diaphragme et indépendante de la paroi, on pense à une cholécystite suppurée.

Incision suivant le bord externe du droit. Aucune modification des plans superficiels. Après ouverture du péritoine, on trouve une masse volumineuse comme les deux poings, saillante, recouverte par une languette de foie. Ponction au trocart. On retire 250 grammes de pus épais, verdâtre. Agrandissement de l'incision vésiculaire. Extraction d'un certain nombre de calculs : l'un d'eux se trouve tout au fond vers l'orifice du cystique ; la bile s'écoule derrière lui. Suture de la vésicule au bord externe du droit à la partie supérieure de la plaie. Les suites opératoires sont excellentes. La température tombe très vite à la normale. L'état général devient très bon rapidement.

10 août. — On soumet la malade à la cure alimentaire de la fistule. L'écoulement de la bile a diminué immédiatement et, deux jours après, s'est tari.

La fistule stercorale se ferme d'abord puis se rouvre plusieurs fois. Pour achever la guérison, M. Bérard enlève, le 16 novembre, le trajet fistuleux. Tout est terminé huit jours plus tard. La malade sort de chirurgie le 5 décembre 1905, se plaignant uniquement de faiblesse.

Cette femme est revue par M. Devic quatre mois après. A cette époque, on ne signale plus aucun trouble du côté de l'appareil biliaire. Voici les renseignements recueillis à ce moment là.

4 avril 1906. — Une fois sortie de l'hôpital, la malade voulut travailler, mais, au bout de quatre jours, elle fut obligée de s'arrêter. Son ventre était ballonné, doulou-

reux, très sensible à la pression. Elle accusait des gargouillements, des digestions lentes et pénibles et des sensations nauséuses, quelques vomissements isolés. Elle est alors restée chez elle, prenant des lavements chauds, des cataplasmes, des poudres digestives. Elle revient à l'hôpital, voyant que ces malaises ne disparaissent pas.

A l'entrée, *bon état général*. Langue bonne. Envies de vomir sans vomissements. Alternatives de diarrhée et de constipation. Les selles seraient peu colorées et renfermeraient des glaires et des peaux. Après avoir mangé, la malade ne tarde pas à souffrir (au bout d'une demi-heure). Elle souffre de longues heures de suite. Aujourd'hui, elle aurait souffert toute la nuit. Nombreux renvois nidoreux. Accuse, en outre, du ballonnement du ventre.

A l'examen, ventre gros, ballonné. Il en serait surtout ainsi depuis un mois. Pas de point nettement douloureux à la pression. Le matin, à jeun, l'estomac n'est point perçu. Le foie ne déborde pas les fausses côtes. Rate normale. Pas d'œdème des jambes. Poumons normaux. Néanmoins, respiration un peu obscure à gauche en arrière, sans le moindre râle. Cœur normal.

Si nous faisons le relevé de toutes les observations citées depuis le début de ce travail, nous pouvons dresser le tableau suivant :

34 cas.		
8 interventions. 26 abstentions.		
Mortalité.	. $\frac{1}{7}$	$\frac{20}{6}$
Guérisons	. $\frac{1}{7}$	$\frac{20}{6}$

Ces chiffres concordent sensiblement avec ceux qui ont déjà été publiés. Nous empruntons à Erdmann ¹ la statistique suivante :

¹ Erdmann. « Surgery of the gall bladder and ducts » (*New-York med. Journ.*, 18 avril 1903).

		34 cas.	
		7 interventions.	27 abstentions.
Mortalité	. $\frac{2}{5}$		$\frac{27}{0}$
Guérisons			

Enfin Camac¹ publie les résultats suivants :

		69 cas.
		69 abstentions.
Mortalité		$\frac{64}{5}$
Guérisons		

En somme, mortalité beaucoup plus élevée, guérisons beaucoup moins nombreuses avec le traitement médical.

On pourrait dès lors se demander si les dangers du shock opératoire n'avaient pas été exagérés.

Résistance des typhiques. — La vitalité de certains typhiques est surprenante.

Mauger² cite en particulier trois observations qui en sont la preuve : dans la première, qui est de Herbert et Watkins, le malade guérit après avoir successivement présenté les complications suivantes : 1° abcès parotidiens ; 2° phlegmon ; 3° double otite ; 4° arthrite purulente du genou. Un enfant de 10 ans, observé par Heurteaux, est opéré en l'espace de quelques jours pour une perforation, puis pour une occlusion intestinale, et guérit. Enfin, on trouve dans les bulletins de l'hôpital de John Hopkins le cas d'un enfant de 9 ans,

¹ Camac. Cholecystitis complicating typhoid fever; tapping of gall-bladder; cholecystostomy; death (*Amer. Journ. of the med. Scienc.*, p. 275, mars 1899).

² Th. Paris, p. 117, 1899-1900.

qui subit en quinze jours et avec succès trois laparotomies : l'une pour une première perforation, l'autre pour une seconde, la troisième pour une occlusion.

La malade de MM. Patel et Devic (obs. XXXIV) subit, à quinze jours d'intervalle, une éviscération suivie de la création d'un anus iliaque d'une part et une cholécystostomie d'autre part, et son état s'améliore rapidement.

La fièvre typhoïde n'est donc pas, en soi, une contre-indication opératoire.

Possibilité d'infection du péritoine. — A la suite des interventions que nous rapportons, la péritonite n'est pas signalée une seule fois. Même dans l'observation de Parmentier et Fossard, la seule qui ait donné lieu à un examen *post mortem*, on n'observe que des lésions minimales de ce côté. Rappelons les constatations faites à l'autopsie : « *Pas de liquide* dans la cavité péritonéale, *séreuse intacte* sauf à la surface de la vésicule et dans la zone qui l'entoure immédiatement. » Or il est probable qu'à ce niveau les lésions existaient déjà avant l'opération et celle-ci ne les a pas aggravées.

Enfin, depuis l'époque où Lafon écrivait son article, la technique des opérations abdominales a subi de tels perfectionnements, les précautions d'asepsie et d'antisepsie à prendre pour éviter l'ensemencement de telle ou telle région avoisinant le champ opératoire sont tellement bien connues que les interventions pratiquées sur un péritoine même déjà malade sont de plus en plus satisfaisantes.

Voici, par exemple, les résultats qui ont été rap-

portés par des auteurs divers au sujet du traitement chirurgical des *péritonites* par perforation :

1890. — Louis, *Progrès médical* : 11 cas, 2 guérisons.

1896. — Lejars, *Société de chirurgie* : 25 cas, 6 guérisons.

1896. — Houzé, thèse Paris : 28 cas, 6 guérisons.

1897. — Monod et Vanverts, *Revue de Chirurgie* : 31 cas, 7 guérisons.

1898. — William Keen, Philadelphie : 83 cas, 16 guérisons.

1899. — Platt, *Lancet* : 103 cas, 21 guérisons.

1899. — Herbert et Watkins, *Lancet* : 105 cas, 22 guérisons.

1900. — Mauger, thèse Paris : 23 pour 100 de guérisons.

Il y a donc bien des cas où une intervention sur un péritoine déjà atteint, loin d'aggraver l'infection, ne fait que la juguler. Lorsqu'on viendra aborder une collection vésiculaire, on pourra se mettre à l'abri de la péritonite en adoptant une technique analogue à celle qui est employée pour les perforations intestinales.

Difficultés de diagnostic. — Quant à la question d'une confusion possible avec une appendicite ou une perforation intestinale, est-elle vraiment une contre-indication opératoire ? Nous ne le pensons pas.

Quelle est, en effet, la conduite que l'on conseille en face d'une perforation ? C'est aussi la laparotomie. Nous venons de rapporter des statistiques relativement favorables à ce mode de traitement. Nous pouvons citer aussi l'opinion de Lereboullet, qui, en 1896, à l'Aca-

démie de médecine, recommanda la laparotomie lorsque la température se maintient élevée avec un pouls non déprimé et de fréquence moyenne et lorsque la perforation a un point de départ appendiculaire¹.

En 1903, Fix et Gaillard rapportent quatre nouveaux cas traités par cette méthode. Trois opérés ont survécu, tandis que le traitement médical, seul employé jusqu'à là, avait toujours conduit les malades à une issue fatale².

Enfin, il ne faut pas oublier que le péritoine peut également être infecté à la suite d'une perforation de la vésicule, et que cette péritonite ne différera guère de celle qui a l'intestin comme point de départ. C'est dire qu'en présence de signes de péritonite, il ne faudra pas éliminer forcément la cholécystite et penser à une thérapeutique radicalement différente.

D'autre part, en présence d'une appendicite, que faut-il faire ? Voici le conseil que donne, en pareille circonstance, le professeur Dieulafoy : « Au cas d'infection appendiculaire paratyphoïde, l'opération s'impose. Si, comme dans toute appendicite, il ne suffit pas d'opérer, il faut opérer d'une façon précoce avant que la toxi-infection ait eu le temps de faire son œuvre³. »

¹ Lereboullet, Diagnostic et traitement des perforations intestinales dans la fièvre typhoïde (*Bull. de l'Acad. de médecine*, p. 542, 1896).

² Fix et Gaillard, Note sur quatre cas de perforations intestinales survenues au cours de la fièvre typhoïde, traitées par la laparotomie et la suture de l'intestin (*Archives de médecine et de pharmacie militaire*, p. 218, Paris, 1903).

³ Dieulafoy, *Manuel de path. int.*, p. 139, t. IV.

« Ce qu'il faut poser en principe, dit Lejars¹, en
« principe invariable, c'est que, *dans l'une ou l'autre*
« *éventualité et quelle que soit l'obscurité du dia-*
« *gnostic, l'intervention s'impose d'emblée* : elle est
« tout aussi nécessaire et immédiatement nécessaire
« dans la complication vésiculaire que dans l'appen-
« dicite ou la perforation intestinale. »

« Qu'importe après tout, disent Vedel et Rimbaud²,
« que les signes de perforation et de péritonite soient
« attribués à l'intestin, à l'appendice ou à la vésicule
« biliaire : l'indication opératoire n'en est pas moins
« formelle dans les trois cas ; *l'intervention fera la*
« *lumière et sera seule capable de guérir.* »

Ce n'est donc pas l'idée d'une confusion possible entre ces trois diagnostics qui doit arrêter un opérateur. Sans doute, il serait important de savoir en quel point devront porter les investigations. Mais, comme nous pourrions le voir au chapitre de la technique opératoire, il n'est pas absolument impossible d'explorer simultanément l'appendice, le péritoine et la vésicule.

A plus forte raison, la difficulté de localiser les lésions dans la vésicule elle-même est-elle un détail de peu d'importance, car la marche de l'opération au début sera toujours la même. La vésicule sera toujours abordée de la même façon quel que soit le point lésé et, une fois l'abdomen ouvert, on trouvera bien le point malade.

¹ Lejars, *Semaine médicale*, 27 juin 1906.

² Vedel et Rimbaud, *Presse médicale*, 8 décembre 1906.

CHAPITRE IV

QUAND FAUT-IL INTERVENIR ?

Il reste maintenant à savoir à partir de quel moment on a le droit de porter le bistouri sur une vésicule. Nous avons vu des cholécystites guérir par le simple traitement médical. Il est certain que, lorsque cette thérapeutique devra réussir, c'est celle que l'on devra préférer : il sera inutile d'exposer le malade aux aléas d'une intervention, qui malgré tout, même chez un sujet robuste, expose à certains accidents. Nous voudrions comparer les diverses observations que nous possédons et rechercher les particularités qui pourront nous permettre de juger de la gravité d'un cas donné et légitimer par suite une intervention chirurgicale.

Les symptômes qui ont accompagné les cholécystites mentionnées plus haut seront envisagés dans l'ordre suivant ;

1° *Phénomènes locaux du côté du foie, et de la vésicule en particulier. — Troubles dans les fonctions de l'appareil hépatique ;*

2° *Réaction au niveau de l'abdomen et des régions avoisinantes (douleurs abdominales ; ballonnement ; vomissements ; diarrhée ou constipation ; hoquet ; dyspnée) ;*

3° *Réaction générale de l'organisme (se manifestant*

par les caractères du pouls, de la température et du facies).

Nous aurons ensuite à nous demander si on peut tirer des indications.

- 1° De la forme de la dothiéntérie ;
- 2° De l'époque de début des accidents vésiculaires ;
- 3° De leur mode de début.

I. Foie et vésicule. — Si l'on recherche les phénomènes qui ont pu attirer l'attention du côté du foie ou de la vésicule, on constate que, dans un certain nombre de cas, ils n'ont pas été notés : il en résulte, suivant toute vraisemblance, qu'ils étaient passés inaperçus ou du moins qu'ils avaient été peu intenses. Il en est ainsi dans nos observations IX, X, XI, XIII, XVI, au point que la cholécystite a été méconnue pendant la vie. Et cependant les lésions n'étaient pas négligeables puisque l'autopsie a montré deux fois la présence de pus (IX, X) deux fois une perforation de la vésicule (XIII et XVI) et enfin une autre fois la paroi de la vésicule très friable (XI), deux fois encore, bien que l'attention eût été attirée du côté du foie par une tumeur ou une augmentation de volume au niveau de cet organe, on n'a pas noté de phénomènes douloureux (XVIII, XX).

Ceci est néanmoins l'exception : chez le malade de Lafon (VIII) on a pu constater des douleurs dans l'hypocondre droit, douleurs extrêmement violentes, arrachant des cris au malade, s'accompagnant d'une sensation syncopale avec irradiations le long du flanc droit jusqu'à l'hypogastre et l'appareil génito-urinaire.

Ces crises se reproduisent à deux reprises encore et c'est au cours de l'une d'elles que le malade succombe. Le typhique de Colin (XII) se plaignait de pesanteur dans l'hypocondre droit, mais au début seulement et dans la suite il n'y avait rien de nettement localisé. On trouve encore un point circonscrit à l'hypocondre droit dans les observations d'Archambault (XIV), de Hagenmüller (XVII), d'Anderson (XXI), de Legendre (XXIII), de Jacob (XXV) et de Schlier (XXII). Ce dernier mentionne à un moment que ces douleurs ont une tendance à se généraliser à tout le corps. Quelquefois enfin, on peut voir ce point occuper un siège anormal : l'épigastre et la région ombilicale (XV, Ranvier) ; la région de l'estomac, l'hypocondre gauche avec irradiations vers l'épaule gauche (XIX, Pujebet) ; la région sous-hépatique (XXVI, Goundegger) ; le creux épigastrique un peu à gauche de la ligne médiane (XXVII, Vedel et Rimbaud).

En résumé, sur 20 sujets morts sans intervention, on trouve :

8 fois, pas de douleur ;

8 fois, douleur localisée à l'hypocondre ;

4 fois, siège anormal.

Sur les six sujets guéris sans intervention, trois seulement accusent des douleurs au niveau de la région hépatique (V, Griesinger ; VI, Hagenmüller ; VII, Brisson). Chez un quatrième, c'est exclusivement la vésicule qui est sensible au toucher (IV, Leudet). Chez les deux autres (II, Lafon ; III, Frerichs) l'attention n'est attirée que par l'augmentation de volume du foie et de la vésicule, qui est, en outre, facile à déli-

miter. Cette netteté des contours de la vésicule se retrouve chez la malade de Leudet et chez celle de Brisson.

En somme, voilà six observations où les signes locaux, tant objectifs que subjectifs, orientent bien du côté de l'organe malade et permettent de dire qu'il n'y a guère de réaction au voisinage. On a pu noter, en outre, que cette tumeur si bien localisée pouvait persister quelque temps après la guérison. Ceci était, par exemple, très net chez la malade de Brisson où la vésicule se percevait encore une semaine après la disparition complète de toute inflammation, et ce fait montre bien que ce n'est pas parce que la vésicule sera bien perceptible qu'il faudra porter un diagnostic plus sombre et s'alarmer davantage. Il y a, du reste, là une certaine analogie avec ce qui se voit dans l'appendicite. L'apparition d'un boudin bien sensible à la palpation est un phénomène pronostique de bon augure.

Lorsque la cholécystite a entraîné la mort, on ne pouvait pas aussi bien circonscrire les lésions. Le plus souvent, les auteurs ne signalent que des phénomènes douloureux. C'est seulement dans une observation de Barthez et Rillet (XVIII), dans une autre de Pujebet (XX) et dans une dernière d'Anderson (XXI) qu'on voit signaler : une tumeur de l'hypocondre.... une augmentation de volume du foie et une vésicule perceptible.... un épanchement nettement localisé de la région hépatique.... et encore ces signes sont-ils *fugaces*. Du reste, ainsi que le fait remarquer Schlier, lorsqu'il y a une réaction intense au voisinage, la délimitation des organes est impossible en raison des

douleurs que provoque toute exploration et aussi par suite de la contraction musculaire.

Nous pouvons conclure déjà : *Une douleur localisée exactement au niveau de la vésicule ou tout au moins au niveau du foie, une vésicule bien sensible, bien facile à explorer et à délimiter, sont des indices d'inflammation peu étendue et ordinairement bénigne.*

Au contraire, une douleur occupant un siège anormal par rapport à la vésicule, une douleur éloignée de la vésicule, étendue, se déplaçant facilement, peu durable, une vésicule qu'il est difficile de percevoir ou qui, après avoir été perceptible, cesse de l'être : autant de caractères qui doivent assombrir le pronostic et faire poser la question de l'intervention chirurgicale.

L'absence de phénomènes douloureux se voit aussi bien dans les cas bénins que dans les cas graves. Elle serait néanmoins un peu plus fréquente dans ces derniers, plus d'un tiers (8 contre 12), un tiers exactement pour les premiers (2 contre 4).

Il serait intéressant maintenant de savoir si, dans les cas opérés, les indications correspondaient à ce que nous venons d'exposer. Le malade de Scheild (XXVIII) « souffrait au niveau de l'angle du côlon ascendant et du côlon transverse et d'une façon générale à droite, au-dessus de l'ombilic. Une zone du volume d'une orange était très sensible et mate ». La malade de Joyon (XXX) se plaignait des lombes, d'abord des deux côtés, ensuite à droite seulement, et enfin dans la fosse iliaque au-dessus du point de Mac Burney. On ne signale rien à la palpation. Dans le cas

rapporté par Lejars (XXXII), la localisation reste encore vague : douleur à droite allant de l'arcade costale au pli inguinal.

Jusqu'ici, nous avons bien retrouvé les mêmes caractères que dans les cholécystites graves ayant entraîné la mort. Dans l'observation de MM. Devic et Patel (XXXIV) la localisation est nette : on constate « dans l'hypocondre droit une tuméfaction dure piri-forme ». Et cependant il y avait du pus dans la vésicule. C'est une exception. La règle n'en paraît pas moins établie. Valable pour la généralité des cas, elle se trouve en défaut pour quelques-uns.

D'ailleurs, c'est l'ensemble de l'examen du malade et non un seul symptôme qui permettra de se faire une idée de l'état des lésions.

Peut-on compter sur les renseignements fournis par l'ictère ? C'est un symptôme accessoire dans les cholécystites et il manque bien souvent. Il suppose une lésion concomitante des canaux biliaires. Dans nos observations, il se trouve à un degré plus ou moins accusé, trois fois sur six, des malades qui ont guéri sans intervention (II, V, VI) et trois fois seulement (VIII, XII, XXVI) sur vingt des sujets morts sans avoir été opérés. Si l'on rattache au mauvais fonctionnement de l'appareil hépatique les *selles blanchâtres* mentionnées par Pujebet (XIX) et une *tendance aux hémorragies* veineuses signalée par Schlier (XXII) et peut-être le *purpura* noté par Pujebet (XX), on peut dire que, chez cette catégorie de malades, les troubles dans les fonctions du foie se voient cinq fois sur dix-huit, beaucoup plus rarement par suite que dans les

cas bénins. Il en résulterait que le pronostic de l'ictère ou de ses équivalents ne serait pas grave et que jusqu'à plus ample informé, il ne devrait pas entrer en ligne de compte pour la discussion du traitement chirurgical. Du reste, aucun des opérés dont nous parlons n'avait présenté ce symptôme depuis son atteinte de cholécystite.

II. Abdomen et régions avoisinantes. — a) *Douleurs abdominales.* — Elles sont mentionnées par Lafon (VIII) ; elles sont légères. « Le ventre n'est pas complètement indolore à la pression. » Elles sont signalées le deuxième jour et il n'en est plus question dans la suite. Elles sont notées également par Louis (IX), Colin (XII) : elles sont vives, mal localisées. L'avant-dernier jour, elles arrachent des cris. Hagenmüller (XVII), également très vives. Barthez et Rillet (XVIII), Pujebet (XX), Anderson (XXI) : ici, elles sont très fortes au début ; dans les derniers jours, sensibilité peu intense mais généralisée à tout l'abdomen. Legendre (XXIII) : « douleurs abdominales violentes, soit spontanément, soit à la pression ; hyperesthésie modérée de la paroi ». Schlier (XXII) : sensibilité superficielle. Goundegger (XXVI) : douleurs abdominales violentes. Vedel et Rimbaud (XXVII) : violente douleur « comme si quelque chose se cassait dans son estomac ». Elles existent par conséquent dans la moitié des cas (10 sur 20) chez les malades de cette catégorie.

Elles sont plus rares dans les cholécystites bénignes. Nous les trouvons seulement dans l'observation de Brisson (VII), ce qui fait une fois sur six, et encore

avaient-elles précédé de deux jours la douleur de l'hypocondre. Il semble donc qu'elles soient un indice de la gravité de l'inflammation.

Or chez les sujets opérés, elles ont toujours été notées, sauf dans le cas de Joyon ; mais ici il y avait eu des douleurs dans les lombes des deux côtés, dans la fosse iliaque : elles étaient donc, en somme, assez étendues. Le cas de MM. Devic et Patel fait encore ici exception à la règle.

b) *Ballonnement*. — Il a été constaté, plus ou moins accentué, chez la plupart des sujets morts sans intervention (obs. VIII, IX, X, XI, XV, XVI, XX, XXIII, XXV, XXVII). Dans l'observation XXI, il reste cantonné à la moitié droite de l'abdomen. Dans les cas à terminaison fatale, ce symptôme serait donc assez fréquent (11 fois sur 20).

Dans les cholécystites à pronostic favorable, nous ne remarquons de météorisme que chez les malades de Leudet (IV) et de Brisson (VII) et encore chez cette dernière existait-il longtemps avant et a-t-il persisté après l'inflammation de la vésicule. Ces deux phénomènes auraient donc été indépendants.

De ce qui précède, il résulte que le ballonnement de l'abdomen se voit plus souvent lorsque l'infection est grave. Néanmoins ce signe a peut-être encore moins de valeur que les précédents. Comme le fait remarquer Dieulafoy, « dans la fièvre typhoïde, n'est-ce pas l'usage que le ventre soit ballonné » ? Par suite, lorsque le météorisme fera défaut, il y aura des chances pour qu'il n'y ait pas de dénouement fatal, réserve faite pour les autres constatations, bien entendu. Mais la

réci-proque ne sera pas vraie et le météorisme observé seul ne devra pas forcément assombrir le pronostic, du moins du côté de la vésicule.

Parmi les malades opérés avec succès, deux seulement (XXVIII, XXXII) avaient un ventre météorisé.

c) *Vomissements*. — Ils ne paraissent pas avoir une grande importance au point de vue qui nous occupe. En effet, outre qu'on les rencontre souvent au cours d'une dothiéntérie sans complications, on les a observés, même bilieux, dans les deux tiers des cholécystites bénignes (II, III, V, VI) et, dans cette dernière observation, ils ont encore persisté après l'amélioration.

Leur fréquence est bien moindre dans les cas suivis de mort. Ils sont mentionnés seulement par Lafon (VIII), Colin (XII), Hagenmüller (XVII), Pujebet (XIX), Anderson (XXI), Legendre (XXIII), Jacob (XXV), Goundegger (XXVI), Vedel et Rimbaud (XXVII), ce qui ne fait que 9 pour 20. Si l'on était obligé de se prononcer, il semblerait plutôt qu'ils soient de bon augure.

On n'en a guère tenu compte pour les opérations faites jusqu'ici, puisque seuls Joyon (XXX) et Landrieux et Blondin (XXXI) les signalent. La malade de Lejars n'a eu que des nausées. Les autres n'ont pas vomé.

d) *Diarrhée ou constipation*. — Dans les dothiéntéries classiques, c'est généralement la diarrhée que l'on observe. Hagenmüller (obs. XVII) a noté la constipation dès le début de la cholécystite, Barthez et Rillet (XVIII), Schlier (XXIV), Vedel et Rimbaud (XXVII) font aussi mention de cette coïncidence.

Attendu que l'absence de selles ne se trouve pas dans les cholécystites qui ont bien guéri, elle pourrait peut-être fournir un renseignement au point de vue du retentissement sur le péritoine. On la retrouve dans l'observation de Joyon (XXX). Anderson (XXI) signale, quelques jours avant la mort, une évacuation alvine involontaire. Il faudrait peut-être aussi, le cas échéant, en tenir compte et lui attribuer la même signification qu'à la constipation.

e) *Hoquet, dyspnée*. — Parmi tous les patients dont nous rapportons l'histoire, un seul a présenté du hoquet (obs. XII).

Quant à la dyspnée, elle est notée dans quatre cas (obs. VIII, XII, XXII et XXIV). Ces sujets qui ont présenté du hoquet ou de la dyspnée sont tous morts. Ces deux phénomènes, qui dénotent une vive douleur et la participation du diaphragme à l'inflammation, seront une menace de terminaison fatale à brève échéance et il y aura lieu de recourir à une thérapeutique énergique et rapide.

III. Réaction générale de l'organisme. —

a) *Température*. — Elle était élevée chez les malades de Lafon (VIII, 40° 2), Hagenmüller (XVII, 40 degrés), Legendre (XXIII, entre 39° 7 et 41 degrés). Schlier (XXII) note au début une température élevée qui redescend ensuite à 37 degrés et remonte la veille de la mort. Dans l'observation de Pujebet (XX), elle descend à un moment jusqu'à 36° 6 mais, après la suppression de la glace, elle arrive rapidement à 39° 1 et 39° 9. Donc, chez les sujets ayant succombé, dans cinq cas, hyper-

thermie. L'hypothermie est notée seulement par Vedel et Rimbaud (XXVII). C'est dire qu'il ne faudrait pas l'attendre pour intervenir.

Parmi les cas à évolution favorable, c'est seulement dans l'observation de Brisson que nous trouvons des renseignements sur la température. Au moment de la crise de cholécystite, elle est plus élevée qu'auparavant; elle subit des oscillations d'un degré, qui sont plus fortes que celles des jours précédents. Mais cette élévation persiste après que l'inflammation de la vésicule a cessé. C'est qu'il existait en même temps de la bronchite et de l'otite et on ne sait trop ce qui revient alors à chacun de ces éléments.

Il semble, d'après ce qui précède, que la courbe thermique n'ait qu'une importance restreinte pour permettre d'apprécier le degré et la nature de l'inflammation. On peut dire toutefois que l'hypothermie est au moins exceptionnelle et que l'hyperthermie précède quelquefois la mort. Elle existait chez tous les malades qui ont été opérés et ont guéri consécutivement (Scheild, XXVIII, $39^{\circ} 5$; Lejars, XXXII, $39^{\circ} 5$ et 40 degrés; Erdmann, XXXIII, 39 degrés; Landrieux et Blondin, XXXI, $39^{\circ} 8$; Devic et Patel, XXXIV, 40 degrés; Joyon, XXX, 40 degrés). Il faut noter cependant que chez ce dernier malade, il y avait eu avant ce 40 un abaissement thermique. La température, qui était de 39 degrés à $39^{\circ} 5$ les jours précédents, s'était abaissée à $37^{\circ} 8$ à 11 heures du matin, à $36^{\circ} 8$ à 2 heures, puis elle était remontée pour atteindre 40 degrés à 11 heures du soir.

b) *Frisson, herpès*. — Quelquefois la poussée inflam-

matoire s'est accompagnée d'un frisson. Ce fait paraît avoir une signification plutôt favorable, car nous ne le trouvons que chez deux malades qui ont guéri (obs. V et VI). Il a bien été noté aussi par Anderson (XIV) qui avait cru à des accès de paludisme ; mais c'était surtout au début, et il n'en est plus question dans les derniers jours.

L'herpès mentionné une fois seulement par Griesinger (V) semble aussi être de bon augure.

c) *Pouls*. — L'augmentation de fréquence et la petitesse du pouls ont été signalées une fois seulement lorsque la guérison devait survenir (obs. VI). Dans l'observation VII, le pouls était élevé, mais il l'était déjà avant qu'apparaissent les signes de cholécystite, et il l'est resté après leur disparition. Du reste, il n'était pas monté au-dessus de 120.

Plus souvent, ces modifications ont présagé la mort (obs. VIII, pouls à 130 ; obs. XII, le pouls ne se modifie pas, reste à 95-100, mais à la fin il devient tout petit et arrive à 110 ; obs. XV, pouls petit ; obs. XVII, pouls filiforme ; obs. XIX, pouls petit et à 160 ; obs. XX, pouls imperceptible à la radiale, 114 au cœur. En même temps, œdème des pieds et de la main gauche ; obs. XXI, pouls à 112, puis à 128, faible ; obs. XXV, pouls petit, à 120 ; obs. XXVII, pouls à 115 et faible). Elles se rencontrent donc 9 fois sur 20. On peut attribuer la même signification au refroidissement des extrémités relaté dans l'observation XXIII ; au collapsus (obs. XXII et XXIV) de telle sorte que, 12 fois sur 20, on constate des troubles de la circulation.

Ces indices de gravité ont été constatés par Scheild,

Joyon, Lejars, Erdmann, avant leurs interventions (obs. XXVIII, pouls 140, extrémités froides; obs. XXX, pouls s'élève parallèlement à la température et arrive à 110; obs. XXXII, pouls 120 le premier jour, 130 le second; obs. XXXIII, pouls 120). Ils ne sont donc pas une contre-indication opératoire.

d) *Facies*. — Enfin le facies péritonéal s'est vu surtout aussi lorsque la terminaison fatale devait se produire. Il en est fait mention dans les observations de Lafon (VIII), Ranvier (XV), Hagenmüller (XVII), Pujebet (XIX, XX), Legendre (XXIII), Jacob (XXV). Un seul des malades qui l'avaient présenté a guéri sans intervention (obs. IV).

Le patient peut néanmoins bénéficier d'une opération, même lorsque ce symptôme est apparu. Le succès obtenu par Lejars (XXXII) en est une preuve.

IV. Signes tirés de la forme de la dothiènement-térie, de l'évolution de la cholécystite et de son mode de début. — a) *Forme de la dothiènement-térie*. —

Il est à remarquer que le *délire* a été noté seulement dans les fièvres typhoïdes où la cholécystite a été suivie de mort (obs. VIII, IX, X, XI, XIII, XVIII). Il semble donc que, dans les formes délirantes, le traitement chirurgical s'imposerait avec plus de rigueur encore. Les opérations que nous rapportons n'avaient pas été précédées de troubles psychiques.

b) *Epoque du début de la cholécystite*. — L'inflammation de la vésicule peut se manifester à une période variable de la dothiènement-térie, depuis le premier septénaire comme dans le cas de Scheild jusqu'au sixième

(obs. V, VI, VIII) et même peut-être plus tard à une époque indéterminée pendant la convalescence (obs. XXIII, XXIX). Il semble que ce soient les cholécystites apparaissant dans le cours du troisième septénaire qui soient les plus redoutables. En effet, tandis que chez les malades guéris par le simple traitement médical, la cholécystite n'est jamais apparue à ce stade de la dothiéntérie, le début au troisième septénaire a été le plus fréquemment observé lorsque la mort est survenue (obs IX, XII, XIII, XV, XVIII, XXII).

Les dates du début peuvent être résumées ainsi :

1° Abstent. Mort. 2 2 2 2 2 3 3 3 3 3 3 4 55

6 conv. ???

2° Abstent. Guérison. 2 2 : 4 5 66

La première laparotomie de M. Patel a été faite le deuxième jour du quatrième septénaire. Les autres interventions ont été faites à une date plus éloignée de cette phase de la dothiéntérie.

c) *Mode de début de la cholécystite.* — Il y a, nous l'avons vu, des formes nécrosantes et perforantes *d'emblée*. L'évolution est ici extrêmement rapide. La réaction n'a pas le temps de se produire; la symptomatologie est très fruste, et, lorsque l'attention est attirée du côté des lésions vésiculaires, le mal est bien souvent irrémédiable. Dans un certain nombre de cas, le diagnostic ne se fera qu'à l'amphithéâtre (Chiari, obs. XXIV). La cholécystite se traduit ici surtout par des phénomènes généraux dont on place le point de départ ailleurs que dans la vésicule (poumon p. ex., Chiari). En présence d'un état général devenant rapi-

dement grave, il faudra penser à l'éventualité d'une nécrose très rapide du cholécyste et faire un pronostic fatal, à moins qu'une intervention très rapide *ne vienne peut-être* l'améliorer.

Le cas de MM. Parmentier et Fossard.

Si nous en venons maintenant à l'observation rapportée par ces auteurs, nous pouvons nous rendre compte que leur malade présentait quelques-uns des symptômes qui vont avec les cholécystites graves. Il y avait notamment ces douleurs mal localisées, étendues, avec irradiations assez éloignées (à l'épaule) se généralisant ensuite. Il y avait de la défense musculaire. Il y avait de l'hyperthermie : 39° 6 et le pouls était relativement rapide (110).

Or, il résulte des considérations qui ont précédé que tous ces phénomènes ont été très fréquemment suivis de mort chez les individus soumis exclusivement au traitement médical.

Qu'est-ce à dire? Le malade de Parmentier et Fossard était presque sûrement voué à la terminaison fatale. L'opération n'a pas empêché ce dénouement, mais elle ne l'a pas amené puisque, dans des conditions analogues, une intervention chirurgicale procurait le plus souvent la guérison.

Lorsque la vie était ainsi en danger, même après un insuccès, il ne faut pas regretter d'être intervenu. Les indications sont aussi pressantes que devant une hernie étranglée ou des phénomènes d'asphyxie en cas de diphtérie laryngée, et les réflexions que fait Mauger

dans sa thèse à propos de la perforation intestinale peuvent s'appliquer ici : « Qu'on ne vienne pas invoquer la « gravité d'une intervention chirurgicale pratiquée en plein état infectieux du sujet : il s'agit « d'une situation désespérée et, tant que le collapsus « n'est pas absolu, tant que le malade n'est pas à « l'agonie, on a le droit et le devoir d'intervenir. » Et l'on pourrait presque dire, poussant la formule à l'extrême : Il n'y a qu'une contre-indication : c'est la mort.

CHAPITRE V

COMMENT FAUT-IL INTERVENIR? QUELQUES DÉTAILS DE TECHNIQUE

En pareil cas, une intervention chirurgicale doit être :

1° Précoce.

2° Douce.

3° Rapide.

1° *Précoce*. — Si l'inflammation a pu rester limitée, si la virulence des microbes n'a pas eu le temps de s'exalter, il est à prévoir qu'il sera plus facile d'enrayer le processus. En conséquence, aussitôt que le diagnostic sera fait, il faudra sans tarder prendre une détermination.

Lorsqu'il s'agit d'une perforation intestinale, certains auteurs estiment qu'il ne faudrait pas exagérer la précocité de l'intervention chirurgicale. Celle-ci, exécutée immédiatement alors que le malade est plongé dans le collapsus initial, pourrait être dangereuse. Aussi, pour pratiquer la laparatomie, attendent-ils que le collapsus ait complètement disparu ¹.

Lejars pense, au contraire, qu'il ne faut pas différer

¹ Gould, Congrès de l'Ass. méd. britann., 1894 (*British medical Journal*, 20 octobre 1894. — William Keen, Philadelphie. 1898. — Platt, *Lancet*, 25 février 1899).

d'un seul instant l'intervention, et que le *plus tôt n'est que le mieux* ¹.

Cette dernière ligne de conduite semble préférable. En effet, si on a quelquefois l'occasion d'observer une perforation de la vésicule susceptible de provoquer des troubles analogues à ceux de la perforation intestinale, bien plus souvent encore la cholécystite amène des désordres par un autre mécanisme, et comme nous avons pu le voir le collapsus manque fréquemment.

Du reste, en pratique et, en particulier, en dehors de la clientèle hospitalière, ce ne sera guère avant huit ou douze heures que l'intervention pourra se pratiquer. Les préparatifs exigeront toujours un temps assez long. En attendant, il faudra remonter le malade par des injections d'éther, de caféine, de sérum. On chauffera la salle où devra se faire l'opération et les objets (linges, couvertures) qui devront approcher le malade.

2° *Douce*. — Il faudra, autant que possible, éviter de rompre les adhérences qui se seront formées et opposent une barrière naturelle à la diffusion du pus. Il ne faut pas oublier, en outre, que l'intestin et le péritoine ainsi enflammés ou tout au moins irrités peuvent être le point de départ de réflexes extrêmement dangereux décrits par Gubler sous le nom de péritonisme et qui peuvent exercer une influence fâcheuse sur la circulation et la respiration. Il faudra, par suite, limiter les manipulations et les recherches au strict nécessaire et chercher à voir beaucoup plus qu'à toucher.

¹ Lejars, Chirurgie d'urgence (*Semaine médicale*, 31 octobre 1906).

3^o *Rapide*. — Le malade doit rester le moins possible sous l'influence de l'anesthésique, 30 minutes paraissent une moyenne qu'il ne faudrait guère dépasser, et il est possible que l'insuccès de Parmentier et Fossard soit imputable à la durée excessive de l'opération. Le chirurgien, en effet, avait commencé par faire une laparotomie sous-ombilicale, et ce fut seulement après avoir fermé cette plaie sous-ombilicale qu'il incisa au niveau de la vésicule. Ces tâtonnements et ces manœuvres avaient dû prendre un certain temps.

Il y aurait peut-être lieu, en cas de diagnostic hésitant, de faire une incision qui permettrait de rechercher à la fois l'appendicite, la perforation intestinale et la cholécystite.

Pour la *perforation intestinale*, sans doute l'incision médiane a été faite par Lejars, Boinet, Celos, Legueu. Elle a l'avantage de permettre une exploration plus complète et plus facile des anses intestinales. Mais la perforation siégeant le plus souvent sur le cæcum ou la partie attenante de l'iléon (50 à 60 derniers centimètres), pour peu que les phénomènes observés soient localisés à droite et que l'on doute, il vaudra mieux faire d'emblée une incision latérale. Celle-ci a, du reste, été défendue même en cas de perforation intestinale non douteuse par William Reen et Platt. Elle a été choisie en France par Heurteaux, Peyrot, Souligoux, Morestin ¹.

Du reste, au cas où l'on constaterait dans la suite que l'on se trouve en présence d'une perforation diffici-

¹ Mauger, *loc. cit.*, p. 119.

lement accessible par l'incision latérale, celle-ci ne resterait point inutilisée puisqu'il faut une contre-ouverture pour le drainage de l'écoulement fétide.

Pour l'*appendicite*, Max Schüller préconise, et l'on fait assez fréquemment, une incision le long du bord externe du grand droit.

Et dans le cas où l'on soupçonnerait l'existence d'une *cholécystite*, cette laparotomie latérale faite d'emblée éviterait une perte de temps en fournissant le moyen de vérifier exactement l'état du cholécyste.

Une incision partant du rebord externe des fausses côtes et arrivant à peu près jusqu'au point de Mac Burney aurait une longueur de huit travers de doigt environ et permettrait d'explorer très rapidement la vésicule, l'appendice vermiculaire, le cæcum et le jéjunum.

Dans des opérations de ce genre, Mauger, après Scheild, conseille de passer en anse, à travers les parois abdominales déjà incisées, deux solides fils de soie, qu'un aide pourra soulever pour écarter les lèvres de la plaie. Cette petite manœuvre pourra quelquefois rendre service dans la recherche des lésions.

Supposons qu'on soit arrivé sur la vésicule. Après s'être rendu compte de son état, que faut-il faire ? La débarrasser de tout ce qui peut entretenir l'inflammation. L'idée dominante du chirurgien doit être de rétablir l'asepsie de la vésicule, qui avait été un instant compromise.

S'il y a du pus sous pression, pour éviter qu'il ne sorte en un jet que l'on ne pourrait diriger, il sera prudent de commencer par une ponction au trocart. C'est, du reste, une précaution qui, dans les observations

que nous relatons, a été prise par Gosset, Lélars, Patel. C'est seulement lorsque le trop plein est ainsi éliminé que l'on incise le cholécyste. On le vide alors du reste de son contenu (excédent de pus, calculs, tissus sphacelés).

Ceci fait, on ne doit pas refermer la vésicule. Une nouvelle collection suppurée peut en effet se former, et l'on risquerait d'enfermer le loup dans la bergerie. Il faut pouvoir drainer le pus au fur et à mesure de sa production. Du reste, les parois vésiculaires sont quelquefois tellement friables qu'il serait impossible de faire une suture solide et durable. Cette friabilité des parois a été constatée en particulier par Scheild.

La cholécystectomie, en pareille circonstance, n'est pas non plus une pratique recommandable. Sans doute les parois de la vésicule sont altérées, leur conservation est évidemment dangereuse. Mais, après l'extirpation de la vésicule, on peut voir la bile refluer par le canal cystique et filtrer à travers la suture de celui-ci. La nécessité du drainage est donc un inconvénient qui persiste encore avec ce procédé.

Le cholécystentéroanastomose qui assurerait le drainage par l'intestin est encore moins à conseiller. Ce n'est pas seulement la friabilité des parois qui est une contre-indication ; mais l'intestin serait une nouvelle source d'infection pour la vésicule déjà malade et les lésions iraient encore en s'aggravant. De plus, cette opération est relativement longue : il faut modifier les rapports des organes abdominaux et s'exposer ainsi à inoculer les régions qui sont encore saines. Enfin, s'il se produit des complications au niveau de l'anasto-

mose, elles ne seront pas accessibles à la vue, et quelquefois, lorsqu'elles attireront l'attention, il sera trop tard pour qu'on puisse y porter remède.

La cholécystostomie semble, dans le cas qui nous occupe, présenter moins d'inconvénients : on peut surveiller les modifications consécutives à l'opération. Il est plus facile, par des pansements fréquents, de préserver la fistule de l'arrivée des germes infectieux. Et enfin il n'est guère possible de trouver un procédé qui soit plus rapide et qui traumatise moins (nous ne lui préférons pas la ponction simple, qui est un procédé aveugle, dangereux et insuffisant). C'est la cholécystostomie qu'ont choisie Gosset, Lejars, Patel, et elle leur a donné d'excellents résultats.

Il faut cependant faire une restriction. La fistule biliaire ainsi créée peut mettre longtemps à se fermer. La bile s'écoule continuellement par cet orifice, et il en résulte une infirmité qui nécessite une seconde opération. C'est ainsi que, dans l'observation XXX, Gosset pratique au bout d'un mois environ une cholécystectomie partielle. Mais celle-ci n'a plus à ce moment les mêmes inconvénients qu'à la période aiguë de la cholécystite ; la bile est redevenue sensiblement aseptique. Le drainage n'est donc plus nécessaire. D'autre part, les parois sont moins délabrées, moins friables et la suture sera beaucoup plus solide. Dans certains cas néanmoins, on n'aura pas besoin de cette nouvelle intervention. Chez la malade de Lejars, le suintement biliaire était tari spontanément au bout de 25 jours.

Le professeur Jaboulay a pu abréger la durée de ces fistules. Après avoir observé que la bile ne passait par

ce trajet qu'en dehors des périodes digestives, il a essayé d'alimenter les malades toutes les trois ou quatre heures de façon que le travail digestif se continue, pour ainsi dire, sans interruption, et il a constaté que, dans ces conditions, l'écoulement devenait beaucoup moins abondant et que la fermeture se faisait plus rapidement ¹.

Cette méthode thérapeutique semble appelée à rendre les plus grands services en cas de cholécystostomie. Elle a fait cesser très rapidement l'écoulement de la bile chez la malade de MM. Devic et Patel, et il est à souhaiter qu'on l'essaye toujours en pareille circonstance.

Néanmoins, la cholécystostomie n'est pas toujours applicable : s'il y a, par exemple, une perforation haut située comme dans l'observation de Scheild. Dans ces conditions, le tamponnement de la région restera l'unique ressource. L'incision ou la perforation seront ensuite fixées au péritoine seulement. La vésicule sera aplatie contre la face inférieure du foie, de façon que la bile ne vienne plus dans ce réservoir, et l'on empêchera tout contact entre les anses intestinales et le cholécyste.

Enfin, dans la suite, le malade devra être surveillé très attentivement au point de vue de son pouls, de sa température, de son facies. A la moindre alerte, on lui donnera des stimulants. De grandes quantités de sérum (2 litres et même davantage) seront injectées

¹ Jaboulay, *Bull. de la Soc. de chirurgie de Lyon*, p. 140, 1901-1902. Traitement alimentaire de la fistule biliaire. — Patel, *Lyon médical*, 22 octobre 1905. De la cure alimentaire des fistules biliaires de la vésicule.

quotidiennement. C'est à ce prix seulement qu'on écartera les dangers du shock traumatique.

Malgré toutes ces précautions, alors même qu'il n'y aura pas eu de fautes, de technique, on pourra voir le patient succomber. Il ne faudra pas tirer de quelques faits de ce genre un argument contre le traitement chirurgical. On devra se rappeler que les sujets sur lesquels on intervient sont presque fatalement voués à la mort. Nous l'avons montré par nos observations. Les bons résultats obtenus jusqu'ici dans ces cas désespérés sont un encouragement à continuer dans cette voie, et c'est bien ici qu'on peut redire le mot d'Ambroise Paré : « *Faut venir à l'extrême remède plutôt que laisser le malade mourir si vilainement.* »

CONCLUSIONS

I. A l'occasion de la fièvre typhoïde, des bacilles divers (Eberth, colibacille, streptocoque, staphylocoque) peuvent envahir la vésicule biliaire et y déterminer une inflammation catarrhale, purulente ou perforante d'emblée.

II. Contrairement à ce que certains auteurs avaient une tendance à admettre, il est *certaines formes* de cholécystite typhique où l'emploi des moyens médicaux ne constitue qu'un traitement illusoire.

III. Lorsque l'infection du cholécyste est si intense, le traitement chirurgical est le seul qui soit de mise. Le malade, voué presque fatalement à la mort, ne peut rien y perdre. L'incision et le drainage de la vésicule ont pu souvent arrêter le processus inflammatoire.

La confusion d'une cholécystite avec une appendicite ou une perforation intestinale n'ont pas modifié les résultats opératoires. Les typhiques ont bien supporté l'intervention. Le péritoine n'a pas été infecté,

IV. On ne connaît pas de signe unique et constant sur lequel on puisse se fonder pour affirmer d'une façon absolue qu'une cholécystite doit être opérée. Certains phénomènes peuvent néanmoins indiquer le degré de gravité de cette complication. Il faudra intervenir lorsque l'on constatera : a) *une douleur vésiculaire avec irradiations assez éloignées, quelquefois même à localisation anormale par rapport à la vésicule* ; b) *une tuméfaction de cet organe, alors même qu'elle sera peu nette et plus que jamais quand elle aura perdu de sa netteté* ; c) *des indices de suppuration* ; d) *une réaction péritonéale*.

V. Le procédé qui paraît le meilleur est la cholécystostomie quand elle est possible ; à son défaut, le tamponnement suivi du drainage.

On peut quelquefois abréger la durée de la fistule consécutive à la cholécystostomie par la cure alimentaire du professeur Jaboulay. En cas d'échec, on recourt plus tard à la cholécystectomie.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
ROLLET.

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 22 Décembre 1906.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ADENOT, La cholécystite à forme d'appendicite (Lyon médical, 17 et 24 février 1901).
- ANDERSON, Medical News, 1896.
- BARBE, Perforation de la vésicule biliaire dans le cours de la fièvre typhoïde (France médicale, 1884).
- BEZANÇON et PHILIBERT, Formes extra-intestinales de l'infection éberthienne (Journal de physiologie et de pathologie générale, 1904, p. 74-99).
- BRICKA, Perforations spontanées de la vésicule biliaire (thèse, Lyon, 1898-99).
- CADÉAC, De la cholécystite suppurée (thèse, Paris, 1890-1891).
- CAMAC Cholecystitis complicating typhoid fever ; tapping of gall bladder ; cholecystostomy ; death. (Amer. Journ. of Med. Scienc., mars 1899, p. 275).
- CHANTEMESSE, Traité de médecine Bouchard et Brissaud, II, p. 122.
- CHIARI, Cholécystite typhique (Mercredi médical, 28 juin 1893, p. 309).
- COULOMB, Les lésions de l'appendice dans la fièvre typhoïde (thèse, Paris, 1899-1900).
- CUSHING, Bull. of the Johns Hopkins Hosp., mai 1898.
- DAURIAC, Les infections biliaires dans la fièvre typhoïde (thèse, Paris, 1896-1897).
- DIEULAFOY, De l'intervention chirurgicale dans les péritonites de la fièvre typhoïde (Bulletin de l'Académie de médecine, 1896, t. XXXVI, p. 475).
- Manuel de pathologie interne, t. IV.
- DOMINICI, Des angiocholites et cholécystites suppurées (thèse, Paris, 1893-1894).
- DOPFER, Ueber die Complicationen des lethalen Abdominaltyphus (Münchener medicinische Wochenschrift, 1888, p. 620 et 635).

- DUPRÉ, Les infections biliaires (thèse, Paris, 1890-1891).
- ERDMANN, The treatment of some of the surgical complications in typhoid fever (New-York medical Journal, 18 avril 1903, p. 678).
- FIX et GAILLARD, Note sur quatre cas de perforations intestinales survenues au cours de la fièvre typhoïde, traitées par la laparotomie et la suture de l'intestin (Archives de médecine et de pharmacie militaires, 1903, p. 218).
- GILBERT et DOMINICI, Angiocholite et cholécystite expérimentales (Bulletin de la Société de biologie, 23 décembre 1893).
- GILBERT et GIRODE, Contribution à l'étude bactériologique des voies biliaires (Bulletin de la Société de biologie, 27 décembre 1890).
- Cholécystite typhique (Bulletin de Société de biologie, 2 décembre 1893).
- GOULD, Congrès de l'Association médicale britannique (British medical Journal, 20 octobre 1894).
- GOUNDEGGER, Bolnitch. Gaz. Botkina, 1902, n° 41, p. 1881.
- HAGENMULLER, De la cholécystite suppurée dans la fièvre typhoïde (thèse, Paris, 1875-1876).
- HECQUET, Des accidents hépatiques de la fièvre typhoïde (thèse, Paris, 1901-1902).
- HELSCHER, Ueber die Complicationen bei 2000 Fallen bei lethalen Abdominaltyphus (Münchener medicinische Wochenschrift, 1891, n°s 3 et 4).
- HOUZÉ, De l'intervention chirurgicale dans la péritonite aiguë diffuse par perforation spontanée (thèse, Paris, 1895-1896).
- JABOULAY, Traitement alimentaire de la fistule biliaire (Bulletin de la Société de chirurgie de Lyon, 1901-1902, p. 140).
- JACOB, Contribution à l'étude de l'appendicite (thèse, Paris, 1892-1893).
- JOYON, Des complications portant sur les voies biliaires dans la fièvre typhoïde (thèse, Paris, 1904-1905).
- KEEN (William), Philadelphie, 1898.
- KHAUTZ, Wiener klinische Wochenschrift, 1^{er} novembre 1906 ; Gazette des hôpitaux, 29 novembre 1906).
- KORTE, Ueber die Operationen der Cholecystitisacuta infectiosa im acuten Stadium (Arch. f. klin. Chirurg., 1903, p. 603).

- LAFON, Deux cas de cholécystite typhoïde (Montpellier médical, 1889, 2^e série, p. 245).
- LANDRIEUX et BLONDIN, Cholécystite purulente typhique. Opération. Guérison (Société médicale des hôpitaux de Paris, 1905, 10 février, p. 95).
- LANNOIS, Pyléphlébite et abcès du foie consécutifs à la fièvre typhoïde (Revue de médecine, 1895, p. 909).
- LAPORTE, De la péritonite par propagation (thèse, Lyon, 1898-1899).
- LEGENDRE, Accidents péritonitiques consécutifs à une cholécystite au début de la fièvre typhoïde (Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1881, p. 193).
- LEJARS, Chirurgie d'urgence.
- Société de chirurgie, septembre 1896, p. 645.
 - Les cholécystites typhoïdes suraiguës (Semaine médicale, 27 juin 1906, p. 301).
 - Appendicite ou fièvre typhoïde (Semaine médicale, 31 octobre 1906).
- LEREBOULET, Diagnostic et traitement des perforations intestinales dans la fièvre typhoïde (Bulletin de l'Académie de médecine, 1896, p. 542).
- LONGUET, Gazette des hôpitaux, 1894, p. 1325.
- Traitement chirurgical de l'angiocholécystite non calculeuse (thèse, Paris, 1895-1896).
- LOUIS, Recherches sur la gastro-entérite (fièvre typhoïde), t. I, p. 281, Paris, 1841, chez Baillière.
- MALVOZ, Société de médecine et de chirurgie de Liège, 1890.
- MAUGER, La perforation typhique de l'intestin et de ses annexes. Son traitement chirurgical, Mauger (thèse, Paris, 1899-1900).
- PATEL, De la cure alimentaire des fistules biliaires de la vésicule (Lyon médical, 22 octobre 1905).
- Paralysie intestinale post-typhique. Anus contre nature. Cholécystite suppurée. Cholécystectomie. Guérison. (Lyon médical, 25 mars 1906, p. 633).
- PARMENTIER et FOSSARD, Cholécystite suppurée dans le cours de la fièvre typhoïde (Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 8 juin 1900, p. 731).
- PETIT, Thérapeutique chirurgicale des angiocholécystites non calculeuses (Gazette hebdomadaire, 20 septembre 1896).
- PLATT, Lancet, 25 février 1899.
- PUJEBET, Perforation de la vésicule biliaire dans la fièvre typhoïde (thèse, Lille, 1902-1903).

- RICHARDSON, Boston med. and Surg. Journal, 1899, p. 498.
- RISPAL, Archives de médecine de Toulouse, 1902, VIII, 73-79.
- ROCHET, Des opérations qui se pratiquent sur la vésiculè biliaire et de leurs indications (Province médicale, novembre 1890, p. 559-579).
- ROKITZKI, Ein Fall von Cholecystitis typhosa calculosa (Centralblatt für Chirurgie, n° 20, p. 616, 1899).
- ROLLESTON, Clin. Society of London, 13 mai 1898.
- SCHEILD et MONNIER (Williams), Cholécystite typhique perforante (Lancet, 2 mars 1895).
- SCHLIER, Ein Fall von phlegmonoser Cholecystitis nach Typhus (Archiv für klin. Medicin, 1891, t. II, p. 441).
- SIRAUD, Note sur l'anatomie de la vésicule biliaire (Lyon médical, 1895, p. 72 et 111).
- TERRIER, Inflammation et dilatation de la vésicule avec calculs biliaires, prise pour une inflammation du cæcum et de l'appendice (Gazette hebdomadaire, 1895, p. 603).
- TERRIER, Traitement chirurgical de l'angiocholite et de la cholécystite infectieuses (Revue de chirurgie, décembre 1895, p. 965).
- Congrès de chirurgie de Paris, 1898, p. 386.
- VEDEL et RIMBAUD, Cholécystite perforante typhique précoce (Presse médicale, 8 décembre 1906).
- WEIR, Société des praticiens de New-York, décembre 1891.
-

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	7
CHAPITRE PREMIER. — Aperçu général sur les cholécystites typhiques et éberthiennes	9
CHAPITRE II. — Les abstentionnistes	20
CHAPITRE III. — Les interventionnistes	42
CHAPITRE IV. — Quand faut-il intervenir ?	96
CHAPITRE V. — Comment faut-il intervenir ? Quelques dé- tails de technique	112
CONCLUSIONS.	121
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	123

